FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — THÈSE — N° —

4.40

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Albert SARCIRON

Né le 21 février 1879, à Clermont-Ferrand.

Des Abcès de la Région Temporale

A LA SUITE

D'Inflammations de l'Oreille moyenne

Président : M. SEGOND, *professeur*

Juges : MM. RICARD, *agrégé*
Pierre DUVAL, *agrégé*
PROUST, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N... PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

En remerciement du très grand honneur qu'il m'a fait d'accepter la présidence de ma thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

(*In Memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR BARIÉ

Médecin de l'hôpital Laënnec

MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY

Médecin des Enfants-Malades

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

Accoucheur de l'hôpital Boucicault

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX

Chirurgien de l'hôpital Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGEOIS

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

Des abcès de la région temporale

A LA SUITE

d'inflammation de l'oreille moyenne

CHAPITRE PREMIER

Aperçu anatomique. — Pathogénie

I. — Aperçu anatomique

La fosse temporale est une région située sur les parois latérales du crâne. Elle est limitée *en dehors* par l'aponévrose superficielle temporale qui s'insère, en haut tout le long de la ligne courbe temporale supérieure, et en bas, sur la crête et sur l'arcade zygomatique ; elle est limitée *en dedans* par un plan osseux, composé, dans sa région moyenne, par l'écaille du temporal, en haut et en arrière par la partie inférieure de l'os pariétal, en avant par une petite partie de l'os

frontal (apophyse orbitaire externe) et par la face postérieure de l'os malaire.

Dans cette fosse temporale se trouve le muscle temporal qui vient s'insérer en bas sur l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur. Ce muscle remplit complètement la région dans toute sa moitié postérieure où il prend des attaches internes à la fois sur l'aponévrose et sur le plan osseux. Au contraire, dans la moitié antérieure de la fosse temporale, le muscle a des insertions frontales et malaires beaucoup plus lâches, et il s'insère surtout à la face profonde de son aponévrose de recouvrement : d'autre part, à ce niveau, la fosse temporale est également beaucoup plus large qu'en arrière, l'arcade zygomatique s'écartant de l'os temporal. Aussi du tissu cellulaire vient-il remplir tout le creux qui existe entre l'os et le muscle, s'accumulant surtout à la face postérieure de l'os malaire.

C'est dans ce tissu cellulaire que, finalement, viendront se développer tous les abcès profonds de la région.

II. — Pathogénie des abcès profonds de la fosse temporale, se développant a la suite d'otites moyennes suppurées

D'après Mignon, les otites moyennes suppurées pourraient entraîner des suppurations profondes de la fosse temporale :

1° Par propagation lymphatique ;

2° Par infection osseuse.

A. — *Propagation lymphatique.* — Cette pathogénie, déjà admise par Pouillaude (1), reproduite depuis par Raoult (2), repose sur ce fait que, dans un certain nombre d'observations (obs. I de Reynier, obs. IV de Mignon, obs. XIII de Raoult), « la marche des accidents inflammatoires n'est pas celle des périostites suppurées ; au stylet, on constate que l'os est intègre ; d'autre part, l'ouverture de l'abcès suffit à amener rapidement la guérison ».

Mignon (3) convient lui-même que pour démontrer définitivement la possibilité de cette pathogénie, il faudrait commencer par démontrer l'existence des vaisseaux lymphatiques reliant la caisse à la région temporale. « Mais, ajoute-t-il, n'y a-t-il pas des lymphatiques partout où il y a des trames cellulaires ! Et d'un autre côté le fait clinique n'a-t-il pas souvent précédé et guidé la démonstration anatomique ? »

Il nous semble d'autre part que cette pathogénie explique mal les faits exceptionnels pour lesquels elle a été créée.

Nous ferons remarquer d'abord qu'il n'est point rare de voir un foyer de suppuration osseuse guérir par simple incision. Comment expliquerait-on autrement un grand nombre de succès certains obtenus dans des mastoïdites nettes après simple incision de Wilde? De

---

1. Pouillaude. Thèse de Paris, 1884.

2. Raoult. *Revue hebd. de Laryng.*, t. II, 1905, p. 520.

3. Mignon. *Complications septiques des otites moyennes suppurées.* Paris, 1898, p. 206.

plus, l'observation de Reynier (obs. I) est très incomplète et n'a pas grande valeur. Dans l'observation plus précise de Mignon (obs. IV) il n'y a pas eu sans doute élimination de séquestre osseux ; mais Mignon lui-même note que l'écaille temporale était dénudée de son périoste. Raoult (obs. XIII) dans une première intervention trouve un abcès de la fosse temporale *au-dessus* du muscle ; les parties profondes lui semblaient saines ; mais il ne peut pas « s'assurer par la vue, de tous ces détails, à cause de l'œdème considérable des tissus ». Or dans une deuxième intervention Raoult trouva que l'antre et l'aditus ne contiennent pas de pus ; mais « le conduit osseux, au niveau de l'aditus, présente une nécrose superficielle. Il existe des points malades à la partie antérieure, et à la partie inférieure du conduit osseux ». Ne serait-il pas logique d'attribuer à ces points d'ostéite la production de l'abcès temporal ?

Jusqu'ici l'origine lymphatique des abcès temporaux survenant à la suite d'otites moyennes suppurées nous semble donc loin d'être démontrée.

B. — *Infection osseuse.* — Deux théories peuvent expliquer les faits : 1° la théorie de la périostite temporale ; 2° la théorie de l'inflammation des cellules du toit de la caisse et de la paroi supérieure du conduit.

a) *Périostite temporale primitive.* — D'après Duplay, la condition essentielle pour que la périostite temporale se développe, c'est qu'il existe une otite périostique. Cette otite, soit aiguë, soit chronique,

débute dans la caisse du tympan, puis envahit plus ou moins rapidement la portion osseuse du conduit ; et de proche en proche, elle gagne le périoste du temporal.

« Pour comprendre maintenant, dit Duplay (1), comment une inflammation née dans la caisse peut se propager au périoste du temporal, il importe de rappeler en quelques mots les rapports de continuité qui existent entre la cavité tympanique et la surface extérieure du temporal.

« Ces rapports varient avec l'âge du sujet. Chez le nouveau-né il n'existe pas de conduit auditif osseux. L'ouverture extérieure de la caisse du tympan représentée par la membrane tympanique qu'entoure le cercle osseux désigné sous le nom de cercle tympanal se trouve sur le même plan que la surface extérieure du temporal si bien que le périoste de l'apophyse mastoïdienne et de l'écaille du temporal se continue directement avec celui de la caisse. Aussi la périostite du temporal est-elle assez commune chez les jeunes enfants.

« Par suite des progrès du développement, le conduit auditif osseux apparaît et semble modifier les rapports de continuité entre le périoste de la caisse et celui du temporal. Cependant cette modification est plus apparente que réelle. En effet une petite portion seulement du conduit auditif osseux, la paroi antéro-inférieure se forme aux dépens de l'anneau

1. Duplay. *Archiv. gén. méd.*, 1875.

tympanique et par suite d'une ossification nouvelle qui marche de dedans en dehors. La plus grande partie du conduit auditif osseux (paroi supérieure et postérieure) se trouve constituée par l'augmentation en profondeur de l'excavation de l'os temporal au fond de laquelle se trouve la cavité tympanique.

« Cette augmentation en profondeur résulte, d'une part, du développement graduel de l'apophyse mastoïde qui existait à l'état rudimentaire chez le fœtus et, d'autre part, du refoulement en dehors de l'écaille temporale par suite de l'élargissement du crâne De telle sorte que, même chez l'adulte, et lorsque le conduit auditif osseux est complètement fermé, la continuité directe immédiate entre le périoste de la caisse et celui du temporal persiste surtout en haut et en arrière.

« Le mode d'insertion du conduit cartilagineux sur le conduit osseux n'altère pas cette continuité. En effet, au niveau des parois supérieure et postérieure, il n'y a pas de cartilage et l'union entre les deux parties du canal se fait au moyen d'un tissu fibreux inséré sur la portion écailleuse du temporal par des fibres résistantes, mais incapables d'apporter un obstacle sérieux à la propagation de l'inflammation du périoste de la caisse à celui des portions mastoïdienne et écailleuse du temporal. » (Duplay).

Dans sa thèse toute récente sur la périostite temporale dite primitive, Pécharmant (1) rejette cette

1. Pécharmant. Th. Paris, 1906.

théorie en ce qui concerne les faits de périostite mastoïdienne rétro-auriculaire. A l'heure actuelle, dit-il, dans ses conclusions, on tend à admettre que dans ces cas, très rares à la vérité, « l'affection sous-périostée est le plus souvent consécutive à une infection de la muqueuse intra-mastoïdienne, les germes pathogènes étant amenés au niveau du périoste mastoïdien par les canaux vasculaires de la couche corticale, peut-être aussi par des fissures osseuses congénitales résidus de la fissure pétro-squameuse : anatomiquement la periostite mastoïdienne serait donc due à une endo-mastoïdite cliniquement négligeable. » Par contre, avec Luc, Pécharmant admet la théorie de Duplay pour expliquer les faits décrits par Luc, sur le nom de périostite *temporale* sans suppuration intra-mastoïdienne. Dans ces cas, presque toujours secondaires à des otites lègères, « rien n'est moins invraisemblable, dit Luc (1), que d'admettre que les germes infectieux, partis de la cavité pharyngée, ne font que traverser la caisse pour gagner la face profonde du périoste du conduit et la face externe de la fosse temporale ». Et Pécharmant (2) fait remarquer que dans les cas de périostite temporale *sus-auriculaire*, il y a toujours eu préalablement déformation manifeste du conduit. L'otite périostique indispensable à la théorie de Duplay a donc existé.

On voit de suite tout l'intérêt de cette interpréta-

1. Luc. *Presse Médicale*, 8 mai 1901.
2. Pécharmant. Thèse, p. 26.

tion, puisque, si l'on accepte cette pathogénie, il suffira d'une simple incision superficielle, d'une sorte d' « incision de Wilde » pour tarir le foyer de suppuration, sans intervention osseuse. Cette pathogénie semble vérifiée par l'évolution clinique d'un certain nombre de faits : Les malades de Luc (obs. VII, VIII, IX), le malade de Chavasse (obs. XIX) ont guéri par simple incision de l'abcès. Pourtant, même dans ces cas, nous doutons fort qu'il s'agisse vraiment de péristite « primitive » sans suppuration « intra-osseuse ».

b) *Inflammation des cellules de la paroi supérieure du conduit et du toit de la caisse.* — On a reconnu depuis longtemps que l'otite dite « *périostique* de la paroi postérieure du conduit » n'était en réalité qu'une chute de cette paroi par suite de l'inflammation des cellules limitrophes. Il nous semble que l'abaissement de la paroi supérieure dans les cas dits de « périostite temporale » s'explique par un phénomène analogue. Mais ici l'incision simple a plus de chance de réussir, uniquement à cause de la disposition anatomique : les cellules de la paroi supérieure du conduit s'étendant généralement peu en profondeur, on a beaucoup plus de chance pour qu'elles s'ouvrent toutes spontanément dans l'incision.

Ce n'est point là une simple hypothèse : c'est un fait vérifié par des recherches anatomiques.

Dès 1888, Cholewa (1) avait publié deux observa-

1. Cholewa.

tions d'abcès temporaux dus à l'empyème de cellules osseuses de la crête temporale. Mais ces faits étaient tombés dans l'oubli, lorsque Gavello (1), dans une monographie importante, attira l'attention sur les cellules du toit de la caisse et de la paroi supérieure du conduit.

Ces cellules ont été signalées par Bellin (2); elles ont été étudiées plus récemment par Mouret (3) et par Laffite-Dupont (4) qui les ont groupées sous le nom de cellules du toit de caisse. Les cellules de la voûte de l'attique qui forment le centre du groupe sont assez rares. Torchausée (5) dans son étude sur le tegmen tympani aditus et antri les signale à peine. Mouret, par contre, les décrit avec assez de détails. « En outre des replis muqueux et ligamenteux qui cloisonnent la voûte de l'attique, dit-il, la paroi osseuse sus-atticale présente très souvent, comme la paroi inférieure de la caisse, des travées osseuses très fines qui lui donnent un aspect aréolaire. Mais ces travées peuvent devenir assez grosses pour délimiter de véritables cellules anfractueuses relativement assez grandes « qui s'ouvrent en bas directement dans l'attique». Gavello a montré que dans certains cas même, ces cellules avaient une paroi inférieure complète, et qu'elles

---

1. Gavello. *Arch. ital. otol.*, 1900.
2. Bellin. *Ann. mal. oreille*, 1904.
3. Mouret. *Revue hebd. de laryng.*, 1904.
4. Laffite-Dupont. *Ann. mal. oreille*, 1904.
5. Torchausée. Th. Paris, 1905.

pouvaient ne s'ouvrir que dans l'antre par l'intermédiaire de cellules sus-aditales. Ce mode différent d'abouchement nous permet de comprendre que, suivant telle ou telle disposition anatomique, ces cellules sus-atticales ne seront prises qu'après une suppuration antrale antérieure, ou que, au contraire, l'antre étant sain, elles pouront être enflammées *directement* par une infection de la caisse et tout particulièrement par une infection presque uniquement localisée au Schrapnell (cas de Gavello, obs. V). Par leur face supérieure, ces cellules ne sont séparées de la dure-mère que par une mince lamelle osseuse, et l'on comprend ainsi que leur suppuration « *isolée* » ait pu occasionner des cas de méningite (obs. XV).

Ces cellules du toit de caisse peuvent présenter des expansions :

En avant vers la trompe ;

En dedans, au-dessus du labyrinthe (cellules sus-labyrinthiques de Mourel ;

En arrière, cellules sus-aditales et sus-antrales.

Les cellules développées dans le tegmen adital n'existeraient guère, d'après Torchausée, qu'à la partie postérieure de ce tegmen : elles représenteraient alors « un reste embryonnaire qui chez les animaux autres que les carnassiers existe normalement. » Les cellules développées dans le tegmen antral sont presque de règle.

En dehors vers l'écaille du temporal, le conduit et l'apophyse zygomatique. Ces cellules sont très extrêmement variables dans leur développement. La

plupart du temps une simple traînée de tissu spongieux part de la caisse, se prolonge au-dessus du conduit auditif externe et vient se terminer dans deux ou trois cellules plus volumineuses au niveau de la racine de l'apophyse zygomatique. Dans notre observation, il y avait ainsi une traînée d'ostéite qui passait au-dessus du conduit auditif externe, détruisant en partie le mur de la logette et aboutissant à la fosse temporale.

Dans quelques cas cependant il existe de véritables cellules sus-méatiques. Dans l'observation XVI par exemple, nous notons l'existence d'une cellule sus-méatique du volume d'un haricot. Dans l'observation XVII, le foyer d'ostéite sus-méatique a le volume d'une noisette. M. le Dr Paul Laurens, assistant du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, nous a dit avoir opéré un abcès de la fosse temporale consécutif à une mastoïdite aiguë et avoir trouvé une énorme cellule sus-méatique pleine de pus.

En général, les cellules supérieures du conduit s'observent dans des apophyses très pneumatiques. Dans le cas que nous rapportons, le développement cellulaire était porté à son maximum. Les cellules s'étendaient en bas à toute la pointe ; et en arrière elles atteignaient la suture pétro-occipitale ; toutes ces cellules étaient enflammées.

Parfois cependant les cellules sus-méatiques sont seules particulièrement développées. Il en était ainsi dans le cas déjà mentionné de M. Paul Laurens. Des

observations analogues sont rapportées ici (obs. XIV de Burnett, obs. XXI de Chavasse et Toubert ; obs. XXVI de Calamida).

L'importance pathogénique de l'inflammation de ces cellules du toit de caisse de la paroi supérieure du conduit ne peut mieux être mise en lumière que par le fait suivant. Sur les vingt-six observations que nous rapportons, et où il y eut opération :

Six fois, on se contenta de faire une incision des téguments sans intervention osseuse proprement dite (obs. I, II, IV, VIII, IX, XIX).

Quinze fois, on voulut se rendre compte de l'état de l'os : trois fois, les cellules de la paroi supérieure du conduit ou de l'apophyse zygomatique ne sont pas signalées (obs. VII, XIII, XX) ; douze fois, elles sont signalées et leur inflammation décrite (obs. III, V, VI, XIV, XV, XVI, XVII, XXI, XXII, XXV, XXVI, XXVII).

Dans l'observation XVIII de Pugnat il semble bien qu'il s'agisse d'une suppuration d'une cellule susméatique ; mais le texte de l'auteur est assez vague.

Les observations XI, XII, XXIII, XXIV, sont trop incomplètement rapportées pour qu'on puisse en tenir compte ici.

CHAPITRE II

Etiologie. — Symptômes. — Evolution. Pronostic.

I. — Etiologie

Les abcès de la région temporale à la suite d'otites moyennes suppurées surviennent le plus souvent chez *des hommes à l'âge moyen de la vie.* Le relevé suivant fait avec nos observations nous donne :

Age des malades	Hommes	Femmes
0 à 10 ans. .	3 (obs. X, XII, XXV).....	1 (obs. VII)
10 à 20 ans. .	1 (obs. XXII).....	1 (obs. XIV)
20 à 30 ans. .	7 (obs. IV, VIII, IX, XIX, XX, XXI, XXIII	2 (obs. III, V)
30 à 40 ans. .	1 (obs. XIII).....	1 (obs. II)
40 à 50 ans. .	3 (obs. I, VI, XVIII).....	1 (obs. XVI)
50 à 60 ans. .	1 (obs. XXVII).....	
70 à 80 ans. .	1 (obs. XVII).....	
	17	6

Du reste nous n'attribuons pas une grande importance à ces chiffres. Il s'agit peut-être là d'une simple coïncidence.

La complication temporale n'apparaît que très rarement au cours des *otites chroniques*. C'est ainsi que sur nos 27 observations, une otorrhée chronique antérieure n'a été relevée que dans deux cas (obs. I due à Reynier ; obs. XIII de Raoult). Dans une observation (obs. IV), la complication est survenue dix jours après le début d'une poussée aiguë dans une *otite à répétition*.

Dans la grande majorité des cas l'abcès temporal se développe au cours d'une *otite aiguë*. *Le moment d'apparition* de la complication temporale est très variable ; elle s'est présentée trois jours après le début de l'otite (obs. VII) ; huit jours après (obs. XX) ; dix jours après (obs. III) ; quinze jours après (obs. II, VIII, XIV) ; trois semaines après (obs. IX, XXI) ; six semaines après (obs. V, XVIII, XIX, XXVII) ; deux mois et demi après (obs. XV, XVII) ; cinq mois après (obs. XII).

L'intensité de *l'otite primordiale* est extrêmement diverse : tantôt il s'agit d'une otite à peine marquée : le tympan est simplement congestionné ; il n'y a pas d'écoulement ; au Politzer, le bruit d'auscultation est sec (obs. VII). Ou bien il a existé un écoulement extrêmement transitoire : dans l'observation VIII, l'écoulement dura un seul jour ; dans une autre observation, l'écoulement dura deux jours, mais il faut noter que lorsqu'il se fut tari, les douleurs de tête redou-

blèrent et persistèrent jusqu'à l'apparition du gonflement temporal ; dans l'observation XVII, l'écoulement avait cessé depuis deux mois, le tympan était redevenu normal, lorsque la complication temporale fit son apparition. Il peut s'agir enfin d'une otite nettement caractérisée avec écoulement de moyenne abondance (obs. XIV, XX, XXI), ou même extrêmement profus (obs. II et III). Un fait très intéressant à noter est que, dans certains cas, le Schrapnell est plus particulièrement pris (obs. II et V). Dans l'observation V par exemple la membrane était simplement hyperémiée dans sa moitié inférieure, elle était rosée dans sa moitié supérieure, et le Schrapnell bombait. Ce fait prouve nettement la prédominance primitive des lésions au niveau de l'attique, et permet de comprendre l'inflammation isolée des cellules du toit de caisse et de la paroi supérieure du conduit.

II. — Symptomes

I. — Symptome fonctionnel. — La *douleur* est le premier symptôme dont se plaignent les malades ; cette douleur est indépendante de celle qui est particulière à l'otite.

Dans certains cas l'otalgie avait disparu depuis un certain temps lorsqu'apparut la douleur temporale.

Cette douleur débute le plus souvent d'une façon subite (obs. IV). Chez *certains malades* elle est *très*

vive (obs. II, III, IV, IX). Elle est *caractérisée* par élancements empêchant le sommeil et pouvant déterminer un état d'agitation notable (obs. IV et IX). Elle peut *siéger* au niveau de la base de la mastoïde (obs. II, III), au-dessus du pavillon, au niveau de l'écaille du temporal à égale distance de l'apophyse orbitaire externe et du tragus. De là, elle *s'irradie* à tout le côté de la tête correspondante, à l'occiput, au front, à l'œil et jusqu'aux dents.

Dans d'autres cas, au contraire, la douleur est nulle (obs. VII) ou presque nulle (obs. VIII). Luc, à qui sont dues ces deux dernières observations, attribue une grande importance à cette indolence relative et il la considère comme caractéristique d'une périostite primitive sans suppuration intra-osseuse. Nous ne croyons pas que l'on puisse attribuer à un phénomène subjectif aussi variable que la douleur une telle importance et se baser sur lui pour apprécier le degré des lésions.

L'apparition de la douleur peut précéder de longtemps l'apparition du gonflement (trois semaines dans l'obs. XXVI).

Au moment de l'apparition du gonflement, la douleur peut diminuer (obs. XV), cesser (obs. IX) ou, au contraire, augmenter (obs. XXVII). Quelquefois, à ce moment, le siège de la douleur change : ainsi dans l'observation XVIII de Pugnat, la douleur devint alors surtout fronto-nasale.

II. — Symptomes physiques. — A. — *Phénomènes propres à la complication temporale.* — Les compli-

cations septiques de la région temporale à la suite d'otites moyennes suppurées peuvent affecter deux types cliniques assez distincts :

1° *Le type sus-auriculaire.* — Ce type ne concerne pas à proprement parler les abcès de la fosse temporale : il s'agit plutôt ici, au point de vue clinique, de mastoïdites sus-auriculaires n'empiétant pas sur la région mastoïdienne proprement dite. Dans ces cas, la déformation est localisée au-dessus et un peu en arrière du pavillon (obs. III, V, VI) et elle n'empiète que légèrement sur l'écaille du temporal, où elle détermine une tuméfaction repoussant le pavillon en bas et en avant. Au bout d'un certain temps, cette tuméfaction devient nettement fluctuante, et à son niveau la peau est rouge, enflammée. La région temporale antérieure est indemne. Le conduit auditif a le plus souvent alors sa largeur normale : tout au plus présente-t-il un léger rétrécissement siégeant à l'union des parois supérieure et postérieure.

2° *Le type de l'abcès de la fosse temporale proprement dit.* — Il s'agit alors d'un abcès sous-aponévrotique profond. A l'inspection, la *peau* est généralement indemne (obs. VII, VIII, IX, X, XIII, XVIII), et d'une coloration blanc pâle : elle paraît seulement un peu tendue. Ce n'est que dans le cas très avancé que se développe une rougeur superficielle due à la propagation de l'abcès profond vers les plans sous-cutanés.

La *déformation* qui caractérise l'abcès est peu visible, vue de profil ; dans les cas moyens elle

pourrait être confondue avec un empâtement graisseux de la fosse temporale. Vue de face au contraire, elle est plus apparente : car on constate du côté sain le méplat normal, et du côté malade un bombement soulevant en masse toute la région, bombement dont les limites mal accusées rappellent vaguement celles du muscle temporal.

Le maximum du gonflement est nettement sus-zigomatique.

Dans la très grande majorité des cas, ce gonflement temporal plus ou moins net s'accompagne d'un *œdème palpébral* souvent très accusé (obs. VII, VIII, IX, X).

Dans certains faits même, les paupières œdématiées présentent des ecchymoses (obs. XIV), la conjonctive une teinte jaunâtre (obs. XVII). Dans ces cas où les phénomènes oculaires sont très accentués, l'attention est surtout attirée du côté de l'œil et l'on peut être amené à penser à une thrombo-phlébite du sinus caverneux.

Si l'abcès continue à évoluer, l'œdème blanc peut se propager aux parties environnantes : au front où il peut gagner le côté opposé ; à la région parotidienne (obs. V), à la région malaire.

Sur tout l'espace œdématié, la pression est douloureuse ; elle détermine un godet, peu accentué à la vérité sur la région temporale elle-même, plus marqué au front, aux paupières et à la parotide. Cet œdème dur, rénitent (obs. XIII), présente parfois une consistance moins ferme dans la partie tout à fait

antérieure de la région temporale, juste derrière la face postérieure de l'os malaire. Cependant, même à ce niveau, il est rare de pouvoir noter une sensation de fluctuation. Car le pus est de toute part bridé par une aponévrose résistante. La fluctuation ne se rencontre que dans les grandes collections, alors que l'aponévrose superficielle a été érodée par le pus. Il ne faut donc pas attendre cette sensation de fluctuation pour faire le diagnostic et poser le traitement : car le pus aurait eu le temps de détruire le muscle et de fuser vers les régions voisines.

A noter, dans les cas absolument caractérisés d'abcès de la fosse temporale, un *trismus* dû à la réaction du muscle temporal.

Ces symptômes temporaux, ne sont pas les seuls. Dans les cas nets d'abcès de la fosse temporale le *conduit auditif* est toujours déformé. Abaissé en masse de haut en bas, dans toute sa longueur y compris sa portion osseuse le conduit prend la forme d'un véritable croissant à concavité supérieure (obs. VIII, IX, XV, XVI, XVII, XXVII). La pression avec le spéculum au niveau de la portion abaissée est douloureuse. Ce signe, bien mis en lumière pour la première fois par Luc, a une véritable importance au point de vue du diagnostic. Lorsqu'il coïncide avec des symptômes d'abcès de la fosse temporale, on peut à coup sûr déclarer que l'abcès de la fosse temporale est d'origine auriculaire.

B. — *Phénomènes concomitants mastoïdiens.* — Dans beaucoup de cas, la mastoïde proprement

dite est absolument intacte (obs. I, II, III, IV, V, VII, XIV, XV, XVI, XIX, XXVI). Dans l'observation VII, la trépanation mastoïdienne a été faite très largement : nulle part on n'a trouvé de pus. Dans l'observation XIV, la portion mastoïdienne a été, de même, trouvée absolument indemne à l'opération.

Cependant, dans un assez grand nombre d'observations, la mastoïde a présenté une réaction légère. Dans l'observation VI, on trouve un antre petit profond avec granulations. Dans les observations IX, XVII, XVIII, la mastoïde était également enflammée, quoique assez légèrement.

Enfin dans quelques faits, la mastoïde participe nettement au processus infectieux. Il en était ainsi dans les observations XII, XIII, XXII, XXIII, XXV. Dans notre observation personnelle, il fut trouvé, en dehors des cellules zygomatiques, une grande cellule de pointe, une grande cellule périsinasale pleine de pus.

III. — Symptomes généraux. — Les symptômes généraux sont extrêmement variables. Ils ne sont pas signalés dans les observations III, V et VI.

Ils sont signalés manquant dans les cas VII, VIII, XII et XIX.

Ils existaient, mais légers, dans l'observation XX.

Dans les cas I, II, IV, XIV, XXI et XXVII, ils se traduisent par une fièvre moyenne (38-39 degrés) accompagnée d'anorexie (obs. II et IV), d'insomnie (obs. IV) et même de délire.

Dans quelques cas rares, ils peuvent dominer la

scène : tel le cas du petit malade de Luc (obs. X) dont le gonflement temporal bilatéral régressa sans passer à la suppuration, et qui cependant eut 40 degrés de température pendant toute l'évolution de l'affection. Tel encore le malade de Raoult (obs. XII) où, étant donné l'état général grave, Raoult n'osait pas conclure à telle ou telle lésion profonde.

III. — Evolution. — Pronostic

Il est très rare qu'une inflammation profonde nette de la fosse temporale ne se termine pas par la suppuration.

Cependant dans l'observation de Luc (obs. X), que nous signalions tout à l'heure, l'évolution vers la régression s'est produite.

Dans tous les autres cas, il y eut suppuration ; mais il faut noter que les symptômes caractéristiques de l'abcès sont toujours apparus *lentement*, les uns après les autres. Notre observation personnelle est absolument typique à ce point de vue ; l'abcès mit trois semaines à se constituer entièrement.

C'est sans doute à cause de cette évolution lente, que nous n'avons jamais relevé, dans nos observations, la propagation de l'abcès temporal aux régions voisines : toujours le malade eut grandement le temps d'avoir recours au chirurgien.

Nous voulons toutefois signaler deux *propagations* possibles :

1° Lorsque l'abcès temporal n'est pas évacué assez

vite, le pus tend à descendre vers la fosse ptérygo-maxillaire et les parties latérales du cou. « On l'a vu s'infiltrer entre l'apophyse transverse de la première vertèbre cervicale et le muscle ptérygoïdien interne et atteindre la paroi postéro-externe du pharynx qu'il a ulcérée. Le malade a rendu sans toux des crachats purulents qui paraissaient venir du fond de la gorge (obs. du *Bull. Soc. anat.* Paris, LXI, p. 22) ; ailleurs il s'est insinué entre le larynx et le sterno-mastoïdien sur les parties latérales du cou » (obs. de Meuriot) » (Mignon) ;

2° Une deuxième propagation, très rare à la vérité, mais qui a été observée, est la propagation du pus en dedans, vers la dure-mère, après perforation de l'os temporal, au niveau de la fosse temporale antérieure.

Nous n'avons relevé aucune de ces propagations dans nos observations. Dans tous les cas, l'abcès a été toujours incisé alors qu'il était encore nettement limité à la fosse temporale.

Un seul malade est mort (obs. XV) : il fit une méningite. A l'autopsie, on trouva une cellule susméatique pleine de pus, que l'opération avait respectée.

CHAPITRE III

Diagnostic

Nous avons vu que les complications septiques de la région temporale dans les otites moyennes suppurées peuvent révéler deux types cliniques :

Le type abcès sus-auriculaire.

Le type abcès de la fosse temporale proprement dit.

I. — *Type abcès sus-auriculaire.* — Dans ce cas, il est très naturel de rapporter la complication temporale à une maladie auriculaire. Le seul point est de savoir si l'on se trouve en face d'un abcès profond, d'origine osseuse, ou d'un abcès superficiel dû à une simple furonculose.

« L'examen du conduit auditif s'impose ; mais si au lieu du gonflement acuminé de l'une des parois de ce dernier, gonflement limité et d'une sensibilité extrême à la moindre pression, l'on constate un abaissement de la totalité de la paroi supérieure, qui ne se montre que modérément douloureuse à la pression, et donne parfois au doigt une sensation de fluctuation

profonde, on n'hésitera pas à admettre l'existence d'une collection sous-périostée de la fosse temporale. » (Luc).

II. — *Type abcès de la face temporale proprement dit.* — Dans ce cas, on se trouve en présence d'une affection difficile à diagnostiquer quant à sa nature, et qui, au premier abord, semble absolument indépendante d'une maladie d'oreille.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici le diagnostic complet des suppurations de la fosse temporale. Ce diagnostic est très complètement exposé dans la thèse de Pouillaude.

Nous nous bornerons à poser ici la question de la façon suivante : Un malade est envoyé à un auriste parce que, au cours d'une otite moyenne, il présente un gonflement de *la région temporale*, avec œdème des paupières. A quelles affections devra songer le spécialiste ? Et comment fera-t-il son diagnostic ?

Pour nous, dans ces conditions, le diagnostic oscillera surtout entre une ostéomyélite du temporal, une thrombo-phlébite des sinus caverneux et un abcès simple de la fosse temporale.

a) *L'ostéomyélite du temporal* se caractérise par une fièvre très élevée (40°), une évolution suraiguë des lésions dont la propagation est très rapide. Nous avons vu que les abcès de la fosse temporale proprement dits s'accompagnent au contraire d'un état général variable et ont une évolution plutôt lente.

b) *Si l'œdème des paupières domine*, si comme dans les observations de Burnett (obs. XX) et de

Raoult (obs. XIII) l'état général est gravement atteint on sera en droit de penser à une thrombo-phlébite du sinus caverneux. Les symptômes qui permettront le diagnostic différentiel seront, croyons-nous, les suivants :

1° Dans la thrombo-phlébite des sinus caverneux, la courbe de température présentera des oscillations journalières de 3 et 4 degrés qui ne se présentent guère dans l'abcès de la fosse temporale ;

2° Si dans l'abcès de la fosse temporale, comme dans la thrombo-phlébite, l'œdème des paupières est très marqué, la thrombo-phlébite seule provoque des symptômes s'expliquant par une lésion du fond de l'orbite : névralgie du trijumeau par compression du ganglion de Gasser, nystagmus horizontal ; paralysie du moteur oculaire externe, paralysie du moteur oculaire commun avec ptosis, névrite optique.

Il semblerait donc que le diagnostic entre ces deux affections est facile. Il n'en est pas toujours ainsi dans la pratique.

Témoin l'observation suivante due à Brieger et que nous avons trouvée dans la thèse de Signard (obs. XXXI de cette thèse) (1).

Tuberculose. — Otorrhée. — Opération. — Ostéite tuberculeuse du temporal. — Lésions tuberculeuses étendues. — Thrombo-phlébite des sinus caverneux. — Mort. — K. M..., fils d'aubergiste, quatorze ans. Originaire d'une

1. Signard, Th. Paris, 1904.

famille prédisposée à la tuberculose, souffrant des poumons depuis six mois environ ; opéré fréquemment pour tuberculose des amygdales. On lui ouvrit également un abcès derrière l'oreille.

Après avoir séjourné un jour dans le service médical, il est transporté à la clinique d'otologie.

Le 8 juin, le malade est extrêmement maigre, somnolent ; quand on l'appelle, il réagit à peine.

Gonflement fortement fluctuant derrière l'oreille gauche, qui s'étend vers la partie inférieure. Il y a de l'œdème du front à droite. Œdème des paupières Chémosis de la conjonctive à gauche.

A gauche, exophtalmie. L'œil ne paraît pas mobile. Pupilles dilatées ne réagissant pas à la lumière. Les veines de la rétine sont manifestement élargies tandis que les artères sont rétrécies surtout à gauche. Léger strabisme divergent.

Du même côté, anesthésie de la face, surtout de la cornée, de la conjonctive et de la muqueuse nasale.

La sensibilité du conduit n'est pas tout à fait supprimée. Paralysie totale du nerf facial.

Le conduit auditif est rempli de pus. Il est presque complètement obstrué par l'inflammation de la paroi *antérieure et supérieure.*

La température, le matin, est presque normale ; le soir, elle dépasse 39 degrés.

10 juin. — *Opération.* — Les cellules de la paroi mastoïdienne sont remplies de masses caséeuses et de granulations.

L'antre se trouve à 1 cm. 4 de profondeur. Il est rempli de masses caséeuses.

Dans la loge du tympan, *au-dessus de la paroi du conduit auditif, on trouve un petit séquestre.*

Après évacuation des granulations, on arrive sur la fosse sigmoïde qui est élargie par la destruction des bords cariés. La paroi du sinus est jaunâtre, épaissie, couverte de granulations isolées. Les pulsations du cerveau sont faibles. A l'incision, le sinus se vide brusquement, mais si paisiblement qu'il était facile de se rendre compte que le sang était liquide.

En élargissant l'incision vers le haut, il se fait une forte hémorragie qui force à tamponner.

En poursuivant l'opération on tombe sur un foyer caséeux étendu de l'écaille, qui va en arrière, au delà *de la racine de l'arcade zygomatique jusqu'à la paroi antérieure du conduit auditif.*

En curettant ce foyer la dure-mère est mise à nu sur une étendue de plus d'un pouce. En avant, on ne peut atteindre la limite du foyer. La dure-mère présente plusieurs petits foyers caséeux jaune gris dont quelques-uns sont de la taille d'une lentille.

L'opération est interrompue au bout de quarante minutes à cause de la faiblesse du cœur.

Tamponnement. Pansement.

Le soir, après l'opération, température normale. La sensibilité semble un peu revenue.

Le ptosis n'a pas changé.

11 juin. — L'exophtalmie a beaucoup diminué. L'œil est plus mobile; le fond de l'œil est normal. Les limites des pupilles sont encore vagues. La température du matin est de 37°3. Le soir 39°6.

Vers le soir, l'état du malade empire sensiblement vers 7 heures. A 10 h. 1/2, mort.

Autopsie. — Cadavre très amaigri.

Œdème de nature gélatineuse de la convexité de la pie-mère, œdème et granulations de la base et particulièrement autour de l'artère sylvienne et de la perforante antérieure. Le nerf moteur oculaire gauche paraît augmenté de volume par rapport au droit ; il est largement teinté en rose par l'hémorragie. Le côté de l'arcade est largement coloré en rouge. Les petits veines sont fortement dilatées par la thrombose.

Foyer de ramollissement assez grand (volume d'un pois).

Le sinus sigmoïde gauche contient un thrombus assez grand qui semble formé de deux parties d'aspect différent: une enveloppe rouge foncé et un noyau plus dur, rouge gris. Le thrombus n'adhère pas à la paroi incisée du sinus.

Les deux sinus pétreux sont libres, de même que le sinus caverneux gauche, tandis que le sinus caverneux droit contient un thrombus brun qui adhère fortement à la paroi.

Carie profonde de la fosse jugulaire ; carie du promontoir et de la paroi tympanique antéro-inférieure.

L'observation suivante de Korner (1), que nous avons trouvée dans la même thèse de Signard (obs. XVI de cette thèse) montre à quel point, dans certains cas, un diagnostic précis est impossible.

---

1. Korner. *In* thèse Signard, obs. XVI.

Un cas de chlorom des deux os temporaux, des deux sinus sigmoïdes et des deux ortites présentant les symptômes d'une phlébite du sinus caverneux. (Korner. — *In Zest fur ohrenhlkei*, 1896.)

J. P..., âgé de six ans, était en très bonne santé jusqu'à l'été de 1895. Vers le mois d'août de cette année-là, il commença à avoir l'oreille dure et se plaignit fréquemment de maux de tête dont l'intensité ne fit que s'accroître. Bientôt les globes oculaires firent saillie, surtout le gauche, ce qui décida les parents à amener l'enfant à la clinique otologique où il fut admis le 1^er^ octobre.

Quoique encore bien portant, l'enfant est extrêmement pâle. On constata d'abord une surdité développée surtout du côté gauche. En outre les nerfs moteurs oculaires externes étaient paralysés, le gauche partiellement, le droit totalement.

Les veines cutanées du front et du sinciput étaient fortement dilatées). En outre la *région des tempes* était considérablement enflammée. Néanmoins on constata au toucher une résistance égale et normale des deux muscles temporaux sur lesquels la pression des doigts ne laissa aucune trace. A la clinique oculaire, on avait également découvert des deux côtés, une tuméfaction du nerf optique. Les pupilles avaient la même longueur normale et réagissaient à la lumière. Les deux membranes tympaniques étaient fortement bombées. Leur couleur était d'un gris jaune pâle, et le marteau ne se distinguait pas. L'apophyse mastoïde du temporal gauche était très sensible au toucher. Néanmoins, comme à droite, son aspect extérieur était très normal. Derrière les apophyses mastoïdes il n'y avait pas d'inflammation. Les veines du cou n'étaient pas visibles.

On fit immédiatement une ponction des deux membranes tympaniques. On put extraire un pus abondant et inodore.

Le malade ne se plaignait que de maux de tête. La température prise dans le rectum, varia pendant les premiers jours entre 37°5 et 38°3. Le pouls faible, irrégulier, battait à 104 et 126.

Le jour de l'admission, on conclut que la coïncidence de l'écoulement, de la tuméfaction du nerf optique, de la dilatation des veines frontales et de la paralysie du nerf moteur externe permettait de diagnostiquer une thrombose des deux sinus caverneux, maladie résultant sans doute de l'inflammation infectieuse des deux cavités tympaniques, et peut-être de l'inflammation des cellules de l'apophyse mastoïde gauche. On n'expliquait pas l'inflammation des deux régions temporales. Mais comme elle était égale des deux côtés, et comme au toucher, on ne constatait ni résistance anormale, ni œdème, on en conclut qu'on était en présence d'une anomalie purement individuelle de la structure du crâne ou du développement des muscles temporaux. En outre, on considéra comme probable que la phlébite provenait de l'oreille gauche. Celle-ci en effet semblait plus sérieusement atteinte ; et l'écoulement était plus accentué du côté gauche. Les phénomènes oculaires confirmaient cette manière de voir : car les deux sinus caverneux sont très étroitement reliés l'un à l'autre par le sinus circulaire, et le passage de l'infection d'un côté à l'autre est très souvent observé.

Les chemins suivis par l'inflammation depuis la cavité du tympan jusqu'au sinus caverneux pouvaient être divers. Ou bien le pus était passé de la cavité tympanique dans le canal carotidien qui se trouve dans son voisinage immédiat, infectant le

réseau des veines qui enserrent la carotide dans son trajet à travers l'os temporal et qui est en communication directe avec le sinus caverneux ; ou bien les cellules mastoïdiennes atteintes avaient contaminé le sinus sigmoïde ou l'un des sinus pétreux, et de là la phlébite s'était étendue jusqu'au sinus caverneux. Mais il fallait toujours songer à cette possibilité que des tumeurs atteignant les deux sinus caverneux, pouvaient provoquer, indépendamment de la suppuration de l'oreille, les symptômes observés. Lors d'un second examen, cette difficulté du diagnostic fut examinée de tout près.

Malgré l'évacuation du pus des cavités tympaniques, l'état du malade reste stationnaire les jours suivants.

Le 7 octobre au soir, l'enfant se plaignit de douleurs plus vives dans l'oreille gauche, et l'apophyse mastoïde n'apparut plus aussi sensible à la pression que précédemment.

On constate que l'ouverture faite lors de la ponction de la membrane tympanique gauche s'était refermée. Une ponction nouvelle fut faite sur-le-champ. Cette ponction fit de nouveau évacuer du pus. Néanmoins les douleurs ne diminuèrent pas, et le lendemain matin, la température était de 38° 2 ; le soir, de 39° 2. C'est pourquoi, dès ce soir-là, on ouvrit aux ciseaux l'apophyse mastoïde. Ce n'est pas sans appréhension que nous entreprîmes la narcose. Car la grande pression intra-cranienne et l'état grave du pouls, à eux seuls, faisaient déjà prévoir le danger. Tenant compte de la prescription de Mac Even d'après laquelle on ne doit jamais en pareil cas user d'éther, nous recourûmes au chloroforme.

Les premières cellules mises à nu étaient normales, puis on ouvrit la fosse cranienne moyenne située à une profondeur normale. Les veines étaient extraordinairement engorgées. Avant

d'atteindre l'antre, nous ne sentîmes plus battre le pouls et la respiration s'était arrêtée. L'opération fut suspendue ; mais grâce à des injections d'éther, à la respiration artificielle, on put maintenir l'opéré en vie. Il fallut renoncer à dégager le sinus à sigmoïde.

Pendant les cinq jours consécutifs à l'opération, la température varie entre 38°6, 39° 5 et le pouls entre 140 à 150.

Pendant les quatre semaines suivantes, la température varia entre 37° 2 et 38° 1.

Durant toute cette période, rien ne changea dans les manifestations extérieures. Seule, la sécrétion de la blessure finit par avoir une mauvaise odeur qui disparut grâce à de fréquents pansements. L'état général restait satisfaisant. L'enfant s'asseyait souvent dans son lit et jouait.

De loin en loin, seulement, on remarquait une légère apathie. Les douleurs de tête revenaient par accès et étaient d'une intensité variable. Ce n'est que le 13 novembre au soir que l'état changea.

Sans élévation de température, les douleurs s'accrurent ; les plaintes, l'agitation et l'apathie furent fréquents. Le pouls était de 144, la respiration de 66.

Le 14 au matin, on observa un torticolis bien accentué. Quelques heures plus tard, la mort survenait. L'autopsie, faite par M. le Dr Lubarkt, révéla qu'aucun sinus n'était atteint de phlébite. Mais on constata que les deux sinus transverses étaient presque complètement obstrués dans leur partie avoisinant les os temporaux par des tumeurs grises qui venaient de la paroi des sinus. De semblables tumeurs allaient depuis la base du crâne jusque dans les temporaux. Le sphénoïde était également recouvert de tumeurs. En outre, on découvrit à la partie pos-

térieure des deux orbites des abcès de la grosseur d'une noisette. De même dans les muscles temporaux.

L'examen microscopique confirma le diagnostic de chlorom (à cause de la couleur verte des abcès) fait à l'œil nu.

CHAPITRE IV

Traitement

De ce qui précède il résulte que tous les abcès profonds de la fosse temporale d'origine auriculaire proviennent d'une inflammation des cellules du toit de caisse et de la paroi supérieure du conduit. Le seul traitement vraiment logique consiste donc à ouvrir et à curetter ces cellules. De même que l'incision de Wilde comme seul traitement d'une mastoïdite suppurée a été abandonnée, de même logiquement, il faut abandonner ici tout traitement consistant en une simple incision.

Cependant étant donné que le système cellulaire sus-méatique est généralement très peu développé, on pourra, à la rigueur, se contenter d'ouvrir l'abcès si cet abcès est survenu au cours d'une otite aiguë sans aucune complication mastoïdienne.

Si la paroi supérieure du conduit bombe fortement, et qu'on y trouve presque la sensation de fluctuation, c'est à ce niveau qu'il faudra faire l'incision.

Le manuel opératoire a été bien décrit par Luc (1).

« Ce manuel opératoire consiste dans la succession des manœuvres suivantes : anesthésie du tégument par l'injection intra-dermique de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/50 ; incision du tégument jusqu'à l'os, sur toute la longueur de la paroi supérieure du conduit au moyen d'un bistouri long et mince ; expulsion du pus par pression de la région temporale ; maintien de la plaie ouverte pendant un ou deux jours au moyen d'un drain qu'on introduit facilement dans le foyer, grâce à l'emploi d'un spéculum bivalve dont l'écartement entraîne celui des lèvres de la plaie ; pansement humide, puis sec. » A la suite de ce traitement, Luc a vu des guérisons se produire en huit jours.

De même si l'abcès, au lieu d'être sus-auriculaire est rétro-malaire, et s'il n'y a aucune complication mastoïdienne, on pourra encore essayer de le traiter en pratiquant à 1 centimètre au-dessus de l'arcade zygomatique une incision verticale traversant couche par couche les différents plans aponévrotiques et attaquant le muscle temporal parallèlement à la direction de ces fibres.

Mais cette conduite sera déjà plus osée que dans le premier cas, et dans les deux conditions, un traitement aussi simple peut donner lieu à de graves mécomptes. Dès 1888, Cholewa attirait l'attention sur ce point et conseillait de surveiller de très près

---

1. Luc. *Presse médicale*, 1905, p. 213, n° 37.

les malades chez lesquels on n'avait point fait d'intervention osseuse. Des observations sont venues démontrer le bien-fondé de ces craintes. La malade de Guisez (obs. XV) qui mourut de méningite est un exemple du danger que peut faire courir au patient, non seulement une libération simple de l'abcès, mais encore une intervention osseuse incomplète.

Dans tous les cas un peu sérieux, ou si après incision simple, la guérison tarde à venir, il faut faire une trépanation méthodique de l'apophyse mastoïde.

Il faut ouvrir l'antre, rechercher toutes les cellules postérieures et inférieures : souvent on y trouve du pus insoupçonné. Puis on va explorer le mur de la logette ; on peut tomber alors soit sur une ostéite de tissu spongieux, soit sur un empyème d'une véritable cellule sus-méatique. Avec une curette, on enlève tout l'os atteint : l'on est ainsi conduit dans la fosse temporale et l'abcès peut se vider.

C'est par cette voie sus-méatique que l'on drainera le phlegmon de la fosse temporale (Lermoyez). Il est inutile de faire une contre-ouverture pré-auriculaire. L'abcès temporal guérit facilement si les lésions causales sont bien curettées, et si un drain partant de l'abcès, passant au-dessus du conduit, vient sortir vers l'antre.

Pour cela, il suffit d'agrandir le pertuis sus-méatique avec une grosse curette de Wolkman, en ayant soin de travailler au-dessus du conduit et non vers l'attique, et de creuser en dehors, non en dedans.

Ainsi on évite de toucher aux osselets : l'oreille moyenne est conservée intacte. Ce tunnel osseux bien élargi, on curette largement la face profonde du muscle temporal, de façon à enlever toutes les fibres musculaires détruites : on aura bien soin à ce moment de travailler vers le muscle temporal, non vers l'os : on évite ainsi de décoller le périoste de l'écaille, et l'on n'aura pas à craindre une périostite ou même une ostéo-myélite secondaire.

On badigeonne ensuite toute la fosse temporale à la teinture d'iode, puis l'on place le drain allant de la cavité de l'abcès à l'antre.

Le premier pansement sera fait quatre ou cinq jours après l'opération. Si le malade n'a pas de fièvre, s'il ne souffre pas, on pourra dès ce pansement raccourcir le drain. Au bout de trois ou quatre pansements, on pourra le supprimer. Et le malade guérira sa plaie suivant le processus général de guérison dans les mastoïdites.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Reynier. — *In* thèse Pouillaud de Paris, 1884.) — *Otite moyenne suppurée, compliquée d'un abcès de la région temporale profonde.*

Le nommé Fritz N..., homme de peine, âgé de quarante-sept ans, se présente à M. Reynier, avec une tuméfaction considérable de la région temporale droite. La fluctuation est très manifeste, le muscle est soulevé par une abondante collection purulente. M. Reynier fait entrer cet homme à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Le Dentu qu'il remplaçait alors.

Interrogé, le malade raconte qu'il s'est toujours très bien porté ; il a été soldat, a fait la campagne du Mexique.

C'est en 1865, aux environs de Mexico, qu'il s'est vu atteint pour la première fois de l'affection qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il campait en pleine campagne, dans un pays montagneux, où les nuits sont froides ; un matin, il se réveille avec une surdité complète à droite et de violents bourdonnements d'oreille. On lui fit des injections d'huile ; quatre ou cinq jours après, l'ouïe revint.

Six ans après sa libération du service militaire, en 1875, il travaillait chez un chaudronnier, lorsqu'un jour il fut douloureusement affecté par le bruit d'un coup de marteau : il redevint sourd du côté droit.

Il entre ensuite comme homme de peine dans une maison de commerce, et, en décembre 1883, il constate un écoulement aqueux de son oreille droite. Après un refroidissement contracté pendant un travail dans un sous-sol il vit cet écoulement s'arrêter.

Bientôt les parties qui entourent l'oreille se tuméfient ; cette tuméfaction augmente peu à peu ; le malade a la fièvre, se sent faible, et, le gonflement devenant très considérable, se présente à M. Reynier dans l'état décrit plus haut.

M. Reynier pratique une incision de 4 centimètres de longueur environ, oblique de haut en bas et d'avant en arrière ; elle porte moitié sur la région temporale, moitié sur le sillon auriculaire postérieur. Il sort un grand verre de pus. En enfonçant un stylet, on sent le muscle temporal soulevé jusqu'à l'apophyse orbitaire externe du frontal. Un double drain est enfoncé et introduit jusqu'à la limite extrême du décollement.

Les suites furent très simples. Le malade sortit guéri au bout de huit jours.

Au mois de juin 1864, M. Reynier a l'extrême obligeance de revoir le malade avec nous et de nous décrire son état. La région temporale n'offre rien à noter, on retrouve à peine la cicatrice de l'incision. L'examen de l'ouïe est plus intéressant. La trompe d'Eustache n'est pas très perméable du côté malade ; le conduit auditif externe est sec ; la membrane du tympan très rétractée, surtout à sa partie inférieure, est blanche et a perdu sa transparence. Le manche du marteau est saillant. En bas, au niveau

de la partie la plus rétractée, on voit une dépression anguleuse qui semble une cicatrice. Le malade déclare ne jamais éprouver de bourdonnements d'oreilles ; il ne perçoit pas le bruit d'une montre du côté malade.

OBSERVATION II

(Cholewa) (1).

M... X..., âgé de trente et un ans, fut atteint à la fin d'août, à la suite d'un coryza violent, d'une otite moyenne aiguë du côté gauche avec douleurs, bourdonnements, diminution bien notable de l'audition et issue abondante d'un liquide séro-purulent.

Trois jours avant qu'il se présentât à nous pour la première fois, le 14 septembre, il avait ressenti dans la région mastoïdienne des douleurs lancinantes qui irradiaient dans toute la moitié gauche de la tête. Il y avait en même temps un peu de fièvre et de la perte d'appétit. A l'inspection du tympan, on trouvait une membrane qui bombait fortement en avant et paraissait repoussée par du pus. Il y avait une petite perforation près de la paroi du conduit auditif. L'issue du pus était gênée par ce dispositif. On fit une petite incision au point où le bombement du tympan était le plus prononcé. Et une vessie de glace fut mise sur la région mastoïdienne. Les douleurs et les autres symptômes inflammatoires diminuèrent d'intensité. Cependant, le 22 septembre, le malade souffre de nouveau et très vivement en arrière et au-dessus du pavillon de l'oreille. Une tuméfaction apparaît dans la région temporale et bientôt

1. Cholewa. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1888.

on perçoit à ce niveau une sensation très nette de fluctuation. Cette fluctuation correspondait à la partie supérieure de la crête du temporal. Une incision donne issue à une petite quantité de pus. L'os paraît dépourvu de son périoste en haut et en arrière du conduit auditif. Drainage. Les suites furent très simples. La guérison était complète en quatorze jours. et le malade recouvrait complètement son acuité auditive.

OBSERVATION III (Cholewa) (1)

Marthe, vingt-deux ans, est une grande fille, svelte, d'aspect souffreteux. Elle se présente à la clinique le 27 septembre et raconte que le 25 août elle a été prise d'une inflammation très violente de l'oreille. Elle s'est fait soigner aussitôt. La paracentèse du tympan a été pratiquée. Huit jours après, elle ressentit de violentes douleurs au niveau de l'écaille du temporal.

Ces douleurs irradiaient dans toute la tête et le cou. A l'inspection, la pavillon paraît tuméfié ; de même la partie du temporal qui est située au-dessus du conduit auditif. Le conduit auditif externe est plein de pus. L'acuité auditive est à peu près nulle. Une incision est faite en haut et un peu en arrière du pavillon de l'oreille. Il s'échappe une grande quantité de pus. Lors de la réfection du pansement, un petit sequestre se présente au milieu du pus. A partir de ce moment, la santé de la malade s'améliora et l'acuité auditive se releva de jour en jour. Au moment de l'opération, on avait drainé soigneusement. Le 27 octobre, l'acuité auditive est normale, la suppuration est tarie, la guérison est complète.

1. Cholewa. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1888.

La jeune fille, qui était maigre et pâle, prend un aspect florissant et devient méconnaissable tellement elle s'est améliorée.

OBSERVATION IV (Mignon)

Le nommé P..., 22 ans, est sujet aux coryzas et aux bronchites. Depuis l'âge de sept ans, il est pris chaque année, dans le mois de novembre ou de décembre, d'un écoulement d'oreille bilatéral qui est précédé pendant quelques heures seulement de violents maux de tête. La poussée otorrhéique dure quinze jours à trois semaines.

En novembre 1893, au cours d'une angine et d'un coryza, dans la nuit du 27 au 28, P... ressent de violentes douleurs de tête, plus fortes dans la tempe gauche. Elles durent une heure et cessent brusquement emportées, dit le malade, par un filet de pus mêlé à du sang qui s'échappe de l'oreille gauche.

L'écoulement reste très abondant les jours suivants. Il s'accompagne de bourdonnements d'oreille. Les nuits sont agitées, l'anorexie très marquée. Le 6 décembre, le malade accuse à la partie inférieure de la fosse temporale, à égale distance de l'apophyse orbitaire externe et du tragus, une douleur vive qu'il compare à celle que lui occasionneraient des coups de poing appliqués à ce niveau. La douleur s'exagère à la pression et empêche le malade de dormir. Température 38° 5. La région est œdématiée et saillante.

L'œdème s'étend un peu à la région parotidienne et au front. Les jours suivants, continuation de la fièvre de 38°5

---

1. Mignon. *Complications des otites suppurées.* Paris, 1898.

à 39. Le 9, sensation de fluctuation dans la fosse temporale. Incision de 4 centimètres au milieu de la fosse temporale. Après l'ouverture de l'aponévrose superficielle, un flot de pus mêlé de sang s'échappe. A l'aide d'un stylet, il est facile de se rendre compte, qu'au niveau de l'incision, le muscle temporal est réduit à l'état de bouillie purulente.

Plus profondément, on a la sensation très nette d'une dénudation limitée de l'écaille du temporal. Un drain est fixé dans la plaie. Pansement antiseptique.

Malgré cette intervention, les douleurs s'accroissent. L'œdème augmente, s'étend sur la joue, gagne les paupières gauches qui se tuméfient au point de masquer l'œil. La fièvre continue.

Le 12 décembre, dans la crainte d'une descente du pus dans les parties profondes de la face, on décide de faire une opération plus complète. Une incision de 6 centimètres est pratiquée dans la fosse temporale. Elle est verticale et s'arrête en bas à la hauteur de deux travers de doigt en avant de l'attache antérieure du pavillon de l'oreille. Elle est complétée par une deuxième incision horizontale de 4 centimètres qui se dirige en arrière et rase l'insertion supérieure du pavillon Les tissus sont sectionnés jusqu'à l'os.

On obtient ainsi un lambeau à base postérieure dont le relèvement permet d'arriver sur l'écaille du temporal qui devait être évidée s'il y avait eu nécrose.

Le liquide purulent est accumulé en bas et en avant du côté malade. Une faible pression sur la poche purulente détermine un écoulement abondant de pus par le conduit auditif externe. Le pus siège entre l'os et la face profonde

du muscle qui est réduite en une pulpe ramollie qu'on enlève avec une curette.

L'écaille temporale est dénudée de son périoste. L'os a sa coloration normale. Il n'est ni rouge ni ardoisé.

Après un long nettoyage avec de la liqueur de Van Swieten de la cavité septique et de l'oreille moyenne, la plaie est drainée et recousue par quelques points de suture à ses extrémités.

La cicatrisation marcha sans difficulté. La réunion s'effectua sans élimination osseuse. L'écoulement de l'oreille s'arrêta et le 19 janvier 1894 le malade pouvait être considéré comme guéri.

OBSERVATION V (Gavello) (1)

Jeune fille de vingt-cinq ans, d'un développement squelettique médiocre. Pas d'anamnèse. Ozène.

Le 5 novembre 1899, début brusque des phénomènes auriculaires. Une otite aiguë évolue, à la suite de laquelle se développe une tuméfaction manifeste derrière le pavillon de l'oreille.

Gavello voit la malade le 17 décembre. Les symptômes observés sont les suivants :

Douleurs très vives irradiées de l'oreille à la mastoïde et à la moitié droite de la tête.

A l'examen, le conduit auditif externe est large. Pas de trace de sécrétion purulente. La membrane tympanique légèrement

1. Gavello. *Arch. Ital. Otol.*, 1900.

hyperémiée dans sa moitié inférieure, est assez fortement rosée dans sa moitié supérieure. Le Schrapnell bombe un peu. L'hyperémie s'étend un peu sur la partie supérieure du conduit, voisine de la membrane. A l'inspection, on ne constate qu'une tuméfaction médiocre des téguments de la région rétroauriculaire, tuméfaction localisée à la base de la mastoïde.

La tuméfaction s'étend aussi sur une petite étendue de l'écaille du temporal. A la palpation on distingue nettement l'existence d'une collection purulente profonde.

Opération provisoire dans l'esprit de Gavello : incision des téguments le long de l'insertion supérieure du pavillon. Le pus collecté sous le périoste et au-dessus du conduit auditif est évacué ; l'os de la partie squameuse du temporal est naturellement à nu et Gavello peut établir l'existence d'une fistule osseuse située juste au-dessus du sourcil du conduit auditif externe.

Gavello se contente d'agrandir cette fistule et de la drainer avec une mèche.

Il croyait le lendemain trouver un malade avec des symptômes de mastoïdite. Mais le malade va bien et Gavello constate que la fistule conduit dans une cellule qui s'ouvre directement dans l'attique.

OBSERVATION VI (Gradenigo) (1)

Douleur persistante dans l'oreille gauche. — Développement d'une tuméfaction rétro-auriculaire

M. C..., quarante-cinq ans.

---

1. Rapportée par Gavello, *Arch. ital. otol.*, 1900, p. 57.

Examen. — Conduit de largeur normale. Pas de pus. Membrane tympanique légèrement opaque. Hyperémie le long du manche du marteau. Pas de chute de la paroi postérieure.

A la partie supérieure de la mastoïde, au-dessus de l'insertion du pavillon, existe une aire nettement fluctuante, grande comme une pièce de 5 centimes.

Opération. — Abcès sous-périosté situé sur la partie supérieure de la mastoïde et s'étendant en avant jusqu'à la racine de l'apophyse zygomatique. Os à nu et rugueux au niveau de la marge supérieure de l'orifice du conduit osseux. Corticale compacte. Antre petit, profond, avec granulations.

Le malade est renvoyé en voie de guérison, quinze jours plus tard.

OBSERVATION VII (Luc) (1).

M. D..., neuf ans.

Sujette antérieurement à des catarrhes de l'oreille, a été opérée l'an dernier, par un de mes collègues, de végétations adénoïdes.

28 avril dernier. — Angine *a frigore*. Six jours plus tard douleurs dans l'oreille droite, douleurs modérées d'ailleurs, n'empêchant pas le sommeil.

Trois jours après, l'oreille n'ayant pas suppuré, sans recrudescence douloureuse, commencement de gonflement derrière l'oreille.

Appelé auprès de l'enfant ce jour-là, je suis frappé de l'étendue et de la saillie du gonflement rétro-auriculaire qui

---

1. Luc. *Ann. mal. oreilles*, 1900, t. XXVI, p. 373, obs. II.

domine au-dessus du pavillon et se complique même d'un léger œdème palpébral. Ce gonflement est douloureux à la pression, mais modérément.

L'insignifiance des lésions de la caisse fait contraste avec ces lésions rétro-auriculaires ; en effet, je constate du côté malade, un degré insignifiant de diminution de l'ouïe ; d'autre part, le tympan se montre simplement congestionné ; à l'examen otoscopique enfin, le Politzer donne un bruit de pénétration aérienne dans la caisse. Néanmoins, par acquit de conscience, je pratique, après insensibilisation locale, une paracentèse exploratrice qui ne donne d'ailleurs pas de liquide. Après m'être bien assuré qu'il ne s'agissait pas d'une simple furonculose du conduit, je décide de pratiquer le lendemain l'ouverture de la collection rétro-auriculaire, si le gonflement a augmenté.

8 mai. — Le gonflement se montrant encore plus prononcé que la veille, l'enfant est chloroformée et une longue incision est pratiquée le long de l'attache du pavillon jusqu'à l'os ; elle donne issue à du pus. Ensuite, systématiquement l'antre est ouvert ; le sinus est rencontré chemin faisant, mais non lésé.

Pas plus l'antre que les cellules de pointe ne contenaient de pus. Plaie suturée à sa partie supérieure seulement.

Pansement avec gaze au traumatol.

Légère fièvre (39 degrés, dans le rectum) le soir de l'opération. Cette fièvre ne se renouvelle pas les jours suivants.

10 mai. — Premier changement de pansement. Pansement renouvelé de deux jours en deux jours.

1er juin. — Guérison complète.

OBSERVATION VIII (Luc) (1)

J. B..., valet de pied, vingt-six ans, homme très vigoureux, se présente à ma consultation le 15 mai dernier pour un gonflement de la région mastoïdienne gauche prédominant au-dessus du pavillon et s'étendant même, sous forme d'œdème, aux paupières de l'œil du même côté.

Le malade donne les commémoratifs suivants : Il aurait été pris quinze jours auparavant de douleurs dans l'oreille droite, douleurs suivies d'un écoulement purulent et transitoire par le conduit. Deux jours plus tard, répétition des mêmes accidents à l'oreille gauche et de ce côté aussi, écoulement tout à fait éphémère. L'otorrhée n'aurait duré qu'un seul jour.

Quelques jours après, l'oreille ne coulant plus, le 11 mai, c'est-à-dire quatre jours avant la première visite du malade chez moi, le gonflement rétro-auriculaire aurait fait sa première apparition, et il aurait cessé de progresser depuis. Il est à remarquer que l'apparition de ce gonflement ne s'accompagna que de douleurs fort modérées qui à aucun moment ne troublèrent le sommeil du malade et lorsque je le vis pour la première fois, je ne pus me défendre d'être frappé du contraste qui existait entre l'étendue du gonflement et la physionomie du malade qui n'accusait aucune souffrance.

Je tentai de pratiquer un examen otoscopique. Mais je ne pus voir que le tympan masqué par une chute complète de la paroi postérieure du conduit. En revanche, en pratiquant une insufflation d'air dans la caisse au moyen de la sonde, je

1. Luc. *Ann. mal. oreille*, 1900, t. XXVI, p. 373.

perçus très nettement un bruit de râle indiquant que l'oreille moyenne renfermait encore un peu de liquide.

Hésitant entre une simple furonculose du conduit et une mastoïdite j'insensibilisai la paroi postérieure du conduit au moyen d'une injection de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/50 et j'incisai cette paroi aussi loin et aussi profondément que possible avec un bistouri long et mince. Cette incision donna issue non à un bourbillon furonculeux, mais à une grande cuillerée de pus très fluide et mal lié, en même temps que s'affaissait en grande partie la tuméfaction périauriculaire. Une pression exercée sur les parties tuméfiées contribua d'ailleurs à la complète évacuation du pus. J'introduisis alors un stylet dans l'incision et rencontrai *l'os dénudé*. Le résultat de cette petite intervention exploratrice démontrait qu'il s'agissait bien d'un abcès sous-périosté de la région mastoïdienne, en rapport étiologique avec l'otite moyenne éphémère dont le malade ne présentait plus que des traces insignifiantes. Mais j'étais loin de soupçonner que la petite incision que je venais de pratiquer à titre de simple exploration dût être curatrice. J'annonçai en effet au malade la nécessité probable d'une opération plus complète d'ici à quelques jours, convaincu comme je l'étais que, sous l'abcès superficiel ouvert, en existait un autre, intra-osseux, dont l'ouverture serait indiquée sous peu. En attendant, je m'imposai quelques jours d'expectation et je donnai rendez-vous au malade pour le lendemain, après avoir introduit dans l'incision une petite mèche humide, en vue d'empêcher la fermeture prématurée et après avoir appliqué un pansement humide qui recouvrait l'oreille et la région périauriculaire. Le lendemain, le gonflement

n'avait pas sensiblement diminué. Mais je me rendis compte, en relevant le pansement, que ce fait était dû à ce que la mèche de gaze introduite dans la plaie avait fait bouchon. Après l'avoir retirée, je pratiquai dans le foyer à travers la plaie, au moyen d'une canule mince, une injection avec de l'eau oxygénée tiède. L'abcès avait été préalablement vidé par pression périauriculaire d'une certaine quantité de pus qui s'y était accumulé depuis la veille. Cette fois, pas de mèche dans la plaie. Simple pansement humide.

17 mai. — Dégonflement notable. La pression des régions périauriculaires n'amène que fort peu de pus.

Badigeonnage de l'intérieur du foyer avec une solution iodo-iodurée.

18 mai. — Dégonflement presque complet. Pas de pus à la pression. Nouveau pansement humide.

19 mai. — Dégonflement complet. Simple pansement sec.

En mai, guérison complète.

OBSERVATION IX

(Luc) (1).

Henri G..., vingt-deux ans, soldat en congé au Havre.

Ce jeune homme m'est adressé le 21 novembre dernier par mon collègue, le Dr Brunschwig, avec les commémoratifs suivants :

Une quinzaine de jours auparavant, étant en garnison, il avait éprouvé, derrière l'oreille gauche, des accidents douloureux pour lesquels le médecin militaire chargé de le soigner

1. Luc. *Revue hebd. de Laryng.*, 1901, p. 657.

aurait pratiqué à la région mastoïdienne une incision jusqu'à l'os, sans trouver de pus.

Quand le Dr Brunschwig le vit, à son arrivée au Havre, quelques jours après, sa plaie n'était pas encore cicatrisée, et il se plaignait de fortes douleurs de tête. L'examen otoscopique révélait une simple rougeur de la membrane tympanique, en même temps qu'une forte saillie, peu douloureuse, de la partie postérieure du conduit auditif.

Malgré l'absence du gonflement de la région mastoïdienne l'intensité de la céphalalgie fit croire à mon collègue à la présence de pus dans l'apophyse. Il en pratiqua l'ouverture, mais sans rencontrer le pus soupçonné ; en revanche, il en trouva sous le périoste, en arrière de l'attache du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Cette intervention eut pour effet immédiat de faire cesser la céphalalgie. La suppuration se tarit rapidement et la cicatrisation ne tarda pas à se faire.

Quelques jours plus tard, le malade revenait se présenter au Dr Brunschwig (16 novembre) à la suite de l'apparition d'un gonflement œdémateux au-dessus et en avant du pavillon de la même oreille, survenue depuis la veille et accompagné d'une recrudescence de céphalalgie, mais à un degré bien moins marqué que précédemment.

Après s'être assuré qu'il ne s'agissait pas-là d'une furonculose du conduit, mon collègue, désireux de connaître mon avis relativement à la nature de ces nouveaux accidents, conseilla au jeune homme de faire le voyage de Paris afin de venir me consulter.

Je venais juste à propos d'observer les deux cas précédents

qui allaient me permettre de rattacher celui-ci à la même catégorie de faits.

Lors de son arrivée à Paris, le 21 novembre, et de la visite qu'il me fit immédiatement, le jeune homme présentait l'ensemble symptomatique suivant :

Gonflement œdémateux au-dessus et surtout au-devant du pavillon, s'étendant légèrement à la paupière supérieure du même côté.

L'examen ostéoscopique montrait le tympan normal, et l'auscultation de l'oreille, pendant l'insufflation d'air dans la caisse, révélait un bruit de souffle sec : donc pas d'épanchement dans la caisse.

Le malade me raconta que, lors de son apparition, le gonflement temporal s'accompagnait d'une douleur profonde, pulsatile, empêchant le sommeil.

Depuis le 19, toute douleur spontanée avait cessé, sans diminution du gonflement ; mais ce dernier était douloureux à la pression ; je constatai, en outre, comme mon collègue du Havre, une voussure prononcée de la paroi supérieure du conduit.

En rapprochant cet ensemble de signes de ceux présentés par mes malades antérieurs, et surtout par le dernier, j'arrivai à la conviction que j'avais de nouveau affaire ici à un abcès sous-périostique de la région temporale dû à une infection qui n'avait fait que traverser la caisse sans s'y localiser sous forme d'un épanchement. Je me décidai donc à intervenir sur-le-champ et à répéter ici le procédé opératoire qui m'avait si bien réussi chez mon précédent malade.

Donc après injection de quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/50 dans l'épaisseur du tégument

de la paroi postéro-supérieure du conduit, j'incisai ce tégument au moyen d'un long et mince bistouri, de dehors en dedans, à partir du méat jusqu'au voisinage du tympan. J'eus parfaitement la sensation que l'instrument, après avoir traversé un espace vide, arrivait jusqu'au contact de l'os. Cette incision, qui n'avait provoqué que peu de douleur chez le malade, fut suivi de l'issue de pus phlegmoneux, non fétide, dont j'accélérai et complétai l'évacuation par une pression exercée sur la région temporale. Je réussis ensuite parfaitement à introduire un petit drain en caoutchouc dans le foyer temporal, à une profondeur de plusieurs centimètres, après avoir écarté les lèvres de l'incision au moyen d'un spéculum nasi de Duplay, engagé dans le conduit. Je me servis de ce drain pour faire pénétrer dans le foyer une injection d'eau oxygénée, puis une solution iodo-iodurée, en vue d'en opérer la désinfection. J'appliquai ensuite un pansement humide dans la partie perméable du conduit, ainsi que sur le pavillon et en arrière de lui.

22 novembre. — Je lève le pansement et retire le drain. Grâce au séjour de ce dernier, la plaie est béante. La pression de la région temporale ne provoque plus l'expulsion du pus. La cavité de l'abcès, autrement dit l'étendue du décollement périosté, est assez considérable. Car je réussis facilement à y faire pénétrer de bas en haut une longue mèche de gaze ; mais je me contente de n'y loger qu'une faible longueur de celle-ci, en vue de maintenir la plaie béante encore, après suppression du drain. Nouveau pansement humide avec de la gaze imprégnée d'une solution de phéno-salyl à 1/1000.

23 novembre. — En levant le pansement, je découvre à la région mastoïdienne, sous une croutelle que l'humidité a détachée, un petit pertuis fistuleux. Un stylet introduit à son inté-

rieur pénètre jusqu'à l'os ; mais après avoir élargi ce trajet au moyen du galvanocautère, je constate qu'il n'y a pas de fistule osseuse. Du reste, à la suite de cette cautérisation, le trajet en question, évidemment consécutif à l'incision pratiquée par mon collègue, se cicatrisa rapidement en quelques jours.

De la plaie du conduit s'écoule un peu de pus ; je pratique un badigeonnage du foyer avec de la teinture d'iode et rétablis drain et pansement humide.

24 novembre. — Suppression du drain. Pansement.

27 novembre. — Cicatrisation de la plaie du conduit. Le jeune homme peut s'en retourner au Havre, et quelque temps après, je reçus la nouvelle de la confirmation de sa guérison.

OBSERVATION X (Luc) (1)

Le 10 février dernier, étant en villégiature à Saint-Omer, je suis prié, par mon confrère, le Dr Duchâteau, résidant dans cette ville, de voir son enfant qui présentait depuis la veille un gonflement œdémateux de la face dont la nature n'avait pu être déterminée.

Le père me fournit relativement au début des accidents, les renseignements suivants :

Depuis le 30 janvier, l'enfant présentait les signes d'une grippe légère, caractérisée par de l'hyperémie de la gorge, un léger enchifrènement, de l'abattement et une nuance de mouvement fébrile le soir.

Le 6 février, la température monta brusquement à 40°6,

1. Luc. *Revue hebd. de Laryng.*, 1901, p. 657.

sans que cette recrudescence pût s'expliquer par aucune manifestation pulmonaire ni intestinale (il y eut de la constipation pendant toute la durée des accidents).

Lavage intestinal avec de l'eau bouillie, enveloppement dans un drap mouillé, compresses froides sur la tête. Cette hyperthermie persista les jours suivants, malgré l'administration de bains répétés toutes les trois heures et refroidis progressivement de 35 à 23 degrés.

Le 8, petite toux sèche, mais sans symptômes stéthoscopiques.

Le 9, constatation d'une tuméfaction œdémateuse, sans modification de la coloration de la peau, occupant de chaque côté de la face, les régions temporale et zygomatique. Les région mastoïdienne et parotidienne échappaient complètement au gonflement.

Celui-ci, très modérément douloureux à la pression, s'accompagnait d'un œdème très net, mais point de fluctuation.

Il n'y avait pas eu d'écoulement de l'une ni de l'autre oreille depuis le début des accidents.

La température se maintint voisine de 40 degrés, pendant toute la journée du 9, et la tuméfaction, ainsi que l'œdème, ne firent qu'augmenter, surtout à gauche, de telle sorte que le soir l'œil gauche se trouvait complètement clos, par suite de l'extension de l'œdème à la paupière supérieure. Cet œdème remontait sur le crâne jusqu'aux pariétaux; mais les deux foyers restaient toujours bien distincts, séparés par une zone frontale et nasale parfaitement indemne.

Dans l'intervalle du 9 au 10 février, l'enfant, qui, les jours

précédents, avait présenté une agitation inquiétante, passa une nuit relativement calme.

C'est le 10 février, au matin, que je suis appelé auprès du petit malade. Je me trouve en présence d'un enfant vigoureux et très bien constitué et je constate les diverses particularités locales que je viens de résumer d'après une note rédigée par mon confrère.

Dès ce jour là, au dire de ce dernier et d'un autre confrère qui l'avait assisté les jours précédents, l'œdème aurait commencé à diminuer.

Je trouve néanmoins encore l'œil gauche masqué par l'œdème palpébral. D'autre part, la température rectale est tombée à 38°3, et l'enfant, qui, d'ailleurs, n'a jamais cessé de s'alimenter régulièrement depuis le début des accidents, avale avec avidité, sous nos yeux, un biberon plein de lait.

J'avoue à mes confrères éprouver tout d'abord un grand embarras à formuler un diagnostic précis en présence de cet ensemble symptomatique, tel que je n'en avais jamais observé de semblable auparavant.

Ce qui me semble tout particulièrement déroutant, c'est le fait de ces deux tuméfactions apparues simultanément et indépendamment l'une de l'autre aux deux régions temporales.

Ce n'est qu'à la suite d'un travail mental d'élimination successive des diverses hypothèses qui se présentent à mon esprit que je crois devoir conclure à l'existence d'une périostite temporale double, d'origine grippale, en voie de résolution.

Je dois ajouter en passant, que ma tâche se trouvait rendue dans l'espèce particulièrement difficile par le fait de l'absence de tout moyen d'examen otoscopique.

Je commençai par rejeter l'hypothèse d'oreillons à laquelle j'avais songé avant d'avoir vu l'enfant, les deux loges parotidiennes n'étant manifestement pas occupées par l'infiltration inflammatoire, et aucun cas de la maladie en question n'ayant été relevé récemment dans la localité.

Quant à l'idée d'un érysipèle, elle ne pouvait être un seul instant défendue ; l'absence de toute rougeur, de tout engorgement ganglionnaire, le début simultané en deux points indépendants l'un de l'autre la rendaient en effet absolument insoutenable.

D'autre part, il ne pouvait être question d'une mastoïdite proprement dite puisque la région de l'apophyse échappait nettement à la tuméfaction et ne se montrait nullement douloureuse à la pression.

Au contraire, le gonflement occupait d'une façon précise la région temporale, débordant antérieurement le pavillon de l'oreille et s'étendant même à la paupière supérieure de l'un des yeux, ainsi que je l'avais noté dans les cas de périostite temporale précédemment observés par moi.

C'est à ce dernier diagnostic que je commence à m'arrêter après avoir rejeté une dernière hypothèse: celle d'une furonculose des deux conduits, l'examen de ces derniers ne la justifiant en aucune façon.

Deux détails me firent hésiter quelques instants à assimiler ce cas à mes faits antérieurs de périostite temporale : c'est la bilatéralité d'emblée de la tuméfaction et l'absence de la moindre trace d'otorrhée dans les commémoratifs ; puis la réflexion leva mes hésitations et mes doutes, et il me parut parfaitement admissible, étant donnée la bilatéralité habituelle de l'otite grippale, qu'une infection primitivement fixée

dans la cavité naso-pharyngienne avait de là gagné les cavités tympaniques par les trompes mais quelle n'avait fait que les traverser pour envahir la face profonde du périoste temporal.

D'autre part, la chute de la fièvre, coïncidant avec un commencement de diminution de la tuméfaction et l'absence de tout point fluctuant, notamment au niveau de la paroi supérieure du conduit auditif, me portèrent à penser que les accidents étaient en voie de résolution spontanée et n'aboutiraient pas à la formation d'un abcès.

Je conseillai donc simplement l'application de compresses chaudes sur les parties tuméfiées et l'abstention de toute intervention, sauf dans le cas où un point fluctuant viendrait à apparaître.

Mon pronostic se réalisa complètement. Le même jour, à 2 heures du matin, la température était tombée à 37°2 ; dès le soir du même jour, la tuméfaction était diminuée au point que l'enfant ouvrait presque complètement l'œil gauche.

Le 14, elle avait complètement disparu.

Les dernières parties tuméfiées furent les régions de l'écaille du temporal et de l'apophyse zigomatique.

OBSERVATION XI (Lermoyez) (1)

A propos de la communication de Luc sur « deux nouvelles observations de périostite temporale d'origine auriculaire, sans suppuration intra-osseuse », Lermoyez dit avoir observé un

1. Société française de laryngologie, 2 mai 1901.

cas de suppuration temporale associée à une otite suppurée. Il attribua la première de ces affections à la deuxième. A l'opération il trouva à peine quelques gouttes de pus dans le périoste de la mastoïde, mais rien dans l'apophyse ni dans l'antre. Le malade est mort.

OBSERVATION XII (résumée)
(Gaudier) (1)

Il s'agit d'un jeune garçon de quatre ans et demi, atteint de mastoïdite aiguë gauche consécutive à une otite moyenne aiguë et compliquée d'un volumineux abcès dans la fosse temporale. Malgré tous ces symptômes, il n'existe pas de troubles dans l'état général. L'intervention amène une guérison rapide.

OBSERVATION XIII (Raoult) (2)

M... M., âgé de trente-deux ans, vigneron, m'est adressé à la clinique Sainte-Marie par mon excellent confrère, le Dr Gay, de Bourbonne-les-Bains.

Ce malade est atteint d'otorrhée chronique depuis cinq à six ans ; il ne s'en préoccupait pas, parce qu'il n'éprouvait aucune douleur.

Cet homme, peu intelligent, ne peut me donner que des renseignements très vagues sur le début de son affection. Je l'examinai pour la première fois le 10 janvier 1902. Depuis quinze jours, il se plaint d'une douleur située au-dessus de

1. Gaudier. *Echo méd. du Nord*, juin 1901.
2. Raoult. *Revue hebd. de laryng.*, t. II, 1902, p. 520.

l'oreille ; mais il n'éprouvait pas de douleurs du fond de l'oreille moyenne, comme les malades atteints de poussée aiguë d'otite moyenne. Environ huit jours avant son arrivée, le Dr Gay, consulté par lui, s'aperçut d'un gonflement qui se produisait au-dessus du pavillon du côté droit. Lors de mon premier examen, je constatai un gonflement considérable de toute la fosse temporale externe droite, déformant complètement la face de ce côté. Ce gonflement contournait le pavillon et se continuait avec un œdème rouge occupant toute la surface de l'apophyse mastoïde, empiétant même sur le sterno-mastoïdien. Cet œdème est dur, rénitent, et la pression est douloureuse au niveau de la pointe de l'apophyse.

Au niveau de la fosse temporale, et au-dessus du pavillon, on ne peut sentir de fluctuation. A ce niveau les téguments ne sont pas rouges, comme au niveau de la région mastoïdienne. De plus, il existe de l'œdème de la paupière supérieure du même côté. Les conjonctives ont une teinte jaunâtre ; la peau de la face a un aspect jaune terreux ; le malade est fortement déprimé ; la température, le soir, est de 39°4 ; la langue est saburrale. Notre malade semble donc profondément infecté, et nous ne pouvons pas prévoir les lésions que nous pourrons trouver au-dessous de cet œdème considérable. Le malade se plaignait en effet de violents maux de tête et de vertiges. L'examen de l'oreille révéla un gonflement très marqué des parois du conduit auditif, laissant un canal où l'on fait passer difficilement un stylet, et d'où s'écoule du pus fétide.

11 janvier. — Le malade est chloroformé ; la peau, au niveau de la fosse temporale externe, est complètement rasée, ainsi que la région mastoïdienne. Je pratique une

incision dans le sillon rétro-auriculaire jusqu'à la pointe de l'apophyse mastoïde ; cette incision se recourbe en haut, contournant le bord supérieur du sillon auriculaire jusqu'au tiers postérieur environ de la région temporale ; en arrière, je trouve un tissu épaissi, lardacé, saignant abondamment en nappe. Ces tissus, incisés jusqu'à l'os, ont environ une épaisseur de un centimètre et demi ; ils sont tellement infiltrés qu'il est impossible de les mobiliser et je n'aurais pas pu pratiquer la trépanation de l'antre mastoïdien. Avec le doigt introduit dans la plaie, je pus arriver à toucher toute la surface de l'apophyse mastoïde et je ne trouve aucun point osseux dénudé. Au niveau de la partie antéro-supérieure de l'incision je sectionne l'aponévrose temporale superficielle, sous laquelle je trouve une collection de pus peu abondante, mais horriblement fétide ; au moyen de la sonde cannelée, je parcours toute l'étendue de cette cavité qui a environ 5 centimètres de diamètre. Au-dessous, le muscle est mou et semble en partie détruit au niveau de ses parties superficielles. J'incise ce muscle au niveau de son bord postérieur jusqu'à l'os temporal ; les fibres profondes semblent saines, et le doigt introduit au-dessous de lui donne la sensation d'un os sain. Il m'est impossible de m'assurer, par la vue, de tous ces détails à cause de l'œdème considérable des tissus. Je pratique un badigeonnage de la cavité de l'abcès et des surfaces de section avec une solution de chlorure de zinc à 1/5. Je place un drain dans la fosse temporale et un autre au niveau du sillon rétro-auriculaire jusque dans le conduit osseux, dont j'en décolle la muqueuse à la partie postérieure. J'applique un pansement

au sublimé à 1/4000 qui sera renouvelé matin et soir les jours suivants.

11 janvier, au soir. — La température est de 38°7.

12 janvier. — Température, matin 37°2, soir, 37°4. La suppuration est abondante.

Les jours suivants, le tissu cellulaire se sphacèle au niveau de l'incision rétro-auriculaire et dans la cavité de l'abcès ; il s'élimine des lambeaux d'aponévrose. Tous ces points sont lavés et drainés soigneusement. La température est restée normale.

Le conduit auriculaire est toujours obstrué par suite du gonflement de la paroi supérieure ; dans la lumière on ne peut faire passer qu'un stylet jusque dans la caisse. Je pratique la dilatation du conduit au moyen de mèches de gaze iodoformée, mais sans grand succès ; et il m'est impossible de me rendre compte des lésions du fond.

La cavité de l'abcès se comble peu à peu et les bords de la plaie se rapprochent ; il ne reste plus à la fin de janvier qu'une petite surface triangulaire bourgeonnante et suppurant très peu.

Je me décide à aller à la recherche des lésions de l'oreille qui ont été cause des accidents observés, ce que je n'ai pu faire au cours de la première opération, en raison de l'œdème et de l'infiltration considérable des tissus.

29 janvier. — Le malade étant chloroformé, je pratique une nouvelle incision dans le sillon rétro-auriculaire. Le périoste est incisé et décollé. J'attaque à la gouge la région antrale et je ne trouve qu'un antre très réduit ; en ce point l'os est éburné. Je fais ensuite sauter le mur de la logette et la portion osseuse séparant la caisse de l'antre. *L'antre et*

l'aditus ne contenaient pas de pus. Le conduit osseux, au niveau de l'aditus que j'enlevai, comme il est dit plus haut, *présentait une nécrose superficielle.* Je trouvai des points malades à la *partie antérieure* et à la partie inférieure du conduit osseux.

Toute la fibro-muqueuse du conduit était épaissie, ne laissant, comme nous l'avons vu, qu'un canal très étroit. Cette muqueuse est incisée longitudinalement à la partie supéro-postérieure. La caisse est ensuite curettée soigneusement, ainsi que les endroits du conduit osseux présentant des points d'ostéite. Un drain est placé dans le conduit et un autre en arrière dans la plaie opératoire. Il m'est impossible de suturer la peau du conduit au périoste par suite de la friabilité des tissus enflammés.

Le soir de l'opération, la température est de 38 degrés.

Pendant plusieurs jours j'ai renouvelé les pansements humides, puis j'ai fait des pansements à la gaze iodoformée. Les suites de l'opération furent excellentes. Le malade est sorti le 15 février presque entièrement guéri ; il restait seulement un petit point bourgeonnant au niveau de la partie inférieure du conduit osseux.

Je l'ai revu depuis : la cicatrisation est complète.

OBSERVATION XIV

(Ch. H. Burnett) (1).

La malade, âgée de treize ans, eut dès le début d'une scarlatine qui remonte à quatre semaines, des douleurs au niveau de

1. Burnett. *The Americ. Journ. of med. sciences,* mars 1902.

l'oreille gauche qui avaient persisté pendant quinze jours, quoiqu'un léger écoulement survint au bout de quelques jours.

L'oreille a été lavée à l'eau oxygénée et tamponnée à l'aide du coton. C'est cette forme de traitement que l'auteur considère comme la principale cause de la mastoïdite consécutive.

Au bout de la deuxième semaine, les douleurs d'oreille ont disparu ; mais les régions sus et pré-auriculaires ont commencé à se tuméfier et à devenir sensibles au toucher, et bientôt la tuméfaction s'est étendue à la joue correspondante.

Au moment de son admission, l'enfant est très pâle et fatiguée.

La joue gauche est tuméfiée dans sa totalité d'une façon considérable. Il y avait un œdème prononcé des régions zygomatique et temporale, et la partie supérieure du pavillon était refoulée en bas et en avant.

L'œil gauche est à moitié fermé à la suite de l'infiltration œdémateuse ; les paupières présentent des ecchymoses. Immédiatement au-dessus et un peu en arrière de la paroi supérieure du conduit auditif osseux existe un point saillant, légèrement fluctuant.

La région mastoïdienne ne présente rien d'anormal. Il existe une légère sécrétion de l'oreille gauche, dont la membrane du tympan est rouge et macérée, et a une petite perforation au niveau du segment postéro-inférieur. L'ouïe n'est endommagée que légèrement. La température est de 103°8 F.

Le pouls bat à 124 ; les mouvements respiratoires sont au nombre de 28.

Le lendemain matin on incisa le point fluctuant signalé plus haut, et qui marquait le point par lequel il s'était produit une perforation spontanée dans la région squamo-mastoïdienne. Il

s'écoula un peu de pus crémeux, inodore, suivi d'un pus liquide teinté de sang.

Une sonde introduite au-dessus de l'arcade zygomatique, dans la direction de la joue, pouvait être poussée en avant jusqu'à ce que sa pointe fût sentie au-dessus de l'œil gauche, et, en la dirigeant en bas et en arrière, on pouvait la voir qui approchait de l'angle du maxillaire inférieur, en rasant la ligne d'insertion inférieure du masséter. On pouvait également, à l'aide du doigt placé dans la bouche, sentir la pointe de la sonde au niveau de la face interne de la joue.

La collection purulente buccale ayant été vidée à l'aide d'une légère pression, on introduisit en guise de tube de drainage une sonde de femme, qui, grâce à sa rigidité relative, pouvait être plus facilement introduite au fond de la cavité. Pansement de la plaie sus-auriculaire.

Le lendemain, l'incision et la sonde de drainage ont été trouvées obstruées par du pus épaissi, et la cavité buccale distendue à nouveau. On enlève la sonde creuse et on introduit une spatule, à la suite de quoi il s'écoule une quantité considérable de pus mélangé de sang et de débris. Introduction d'un nouveau tube de drainage, pansement. Le tout est changé tous les jours ; peu à peu le gonflement de la joue diminue, l'état général de la malade s'améliore, et la température se rapproche de la normale.

Cependant le niveau de la cavité purulente étant situé au-dessous de l'orifice sus-auriculaire, le drainage n'était pas parfait et la cavité se remplissait chaque fois de pus, ce qui avait pour effet une élévation de température. On résolut alors d'ouvrir l'apophyse mastoïde et de pratiquer une contre-ouverture au niveau de la joue.

A part l'orifice de la partie antérieure de la région pétro-squameuse, la cavité mastoïdienne ne présentait rien d'anormal.

On introduisit ensuite une curette au-dessus de *l'apophyse zygomatique* et on ramena une grande quantité de tissu granuleux et de pus épais, mélangé de sang ; on put en même temps s'assurer que l'os était dans cette région, dénudé de périoste sur une certaine longueur. Un guide cannelé fut enfin introduit par la limite antérieure de l'incision au-dessus du pavillon, directement en avant, dans la collection purulente de la joue, jusqu'à ce qu'on aperçut sa pointe sous les tissus tuméfiés, en avant du pavillon, à mi-chemin entre le lobule de l'oreille et l'angle du maxillaire inférieur.

Une incision fut pratiquée à ce niveau, et on fit sortir la pointe du guide à travers cette incision. On fixa ensuite, à l'aide d'un fil de soie, un tube de caoutchouc à l'orifice d'une sonde, et celle-ci poussée le long de la cannelure du guide, depuis l'incision sus-auriculaire, jusqu'à la contre-ouverture au niveau de la joue ; le guide fut alors retiré et la sonde tirée par la contre-ouverture, jusqu'à ce que le tube de caoutchouc arrivât à son tour dans cette ouverture.

La partie mastoïdienne postérieure de l'incision fut suturée et guérit par première intention ; la portion supérieure ou sus-auriculaire fut laissée ouverte ; car elle donnait passage au drain dont l'extrémité opposée se trouvait au niveau de la contre-ouverture pratiquée dans la joue.

Guérison au bout de cinq semaines.

OBSERVATION XV

(Guisey. — Observation I du travail de Bellin) (1).

Malade entré dans le service du professeur Le Dentu, le 8 juillet 1902. Cet homme venait à l'hôpital pour une grosseur développée depuis quelques jours au niveau de la région mastoïdienne droite et pour de violentes douleurs de tête. Interrogé, le malade raconte que son oreille coule depuis trois mois. Auparavant, l'oreille n'a jamais coulé.

Les douleurs au niveau de la mastoïde se sont montrées une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital.

L'écoulement n'a pas varié à cette époque et, depuis, il est resté identique. La grosseur ne s'est développée que depuis cinq ou six jours ; depuis, les douleurs de tête sont moins vives.

Le malade ne paraît pas infecté ; il n'a pas de fièvre. La région mastoïdienne est gonflée, le gonflement semble décoller le pavillon, le projeter en avant. Il s'étend à la région temporale.

L'examen otoscopique de la membrane tympanique est rendu impossible par l'abaissement considérable de la paroi postéro-supérieure du conduit.

Le malade est opéré le 9 juillet ; on trouve un vaste abcès sous-cutané avec une ouverture spontanée au-dessus du conduit. Cet orifice est agrandi et l'on découvre une vaste cellule susméatique du volume et de la forme d'un haricot.

---

1. Bellin. *Ann. mal. oreille*, LXXX, p. 357.

La dure-mère est mise à nu au niveau de sa face profonde. Elle est trouvée saine. Tout alla bien pendant deux jours ; les douleurs vives dont se plaignait le malade avant l'intervention avaient disparu ; mais une vague douleur sourde persistait dans la région temporale du côté malade. Le douzième jour après l'intervention, le malade qui se levait, mangeait, se trouvant bien depuis plusieurs jours, demande à rentrer chez lui. On lui conseille de rester à l'hôpital pendant quelque temps encore, Dans la journée, il présente de la fièvre (38°5) ; pendant la nuit, délire. Le lendemain, céphalée intense, température toujours élevée. On le réopère : le sinus est mis à nu, il est trouvé sain. La dure-mère est mise à nu en haut et en arrière : elle est saine.

Dans la soirée, le délire persiste : la température monte à 40 degrés ; mort dans la nuit.

Autopsie. — Méningite suppurée abondante de la base ; rien à la voûte. En voulant détacher la dure-mère au niveau du fond de la caisse, elle est trouvée très adhérente. On trouve à ce niveau une perforation osseuse, conduisant dans une cellule du volume d'une lentille, remplie de pus, située en avant de la cellule sus-méatique, trouvée ouverte spontanément à la première intervention.

L'infection des méninges s'était nettement produite par l'intermédiaire de cette petite cellule.

OBSERVATION XVI

(Bellin.)

Le 22 mai 1902, Mme M..., âgée de cinquante ans, concierge, vient à l'hôpital pour une grosseur qui est apparue depuis

quelque temps derrière l'oreille gauche et pour des douleurs dans la moitié correspondante de la tête.

Cette malade n'avait jamais présenté de phénomènes auriculaires. En janvier, elle a eu sans trop savoir pourquoi, des bourdonnements dans l'oreille gauche ; quelques jours plus tard, ces bourdonnements se sont accompagnés d'élancements, mais l'oreille a légèrement coulé pendant quatre ou cinq jours.

A la suite, la malade ne souffrait plus, mais elle se plaignait encore de quelques bourdonnements. Au commencement de mai, apparaissent quelques douleurs spontanées dans la région mastoïdienne antérieure et supérieure. Ces douleurs allèrent en augmentant, si bien que du 10 au 22 mai la malade ne put dormir ni jour ni nuit.

Elle entre à l'hôpital.

On constate un gonflement très marqué de la région rétro-auriculaire gauche, gonflement qui gagne la région temporale en passant au-dessus du conduit. La pression est très douloureuse à ce niveau. La membrane tympanique semble normale quoique légèrement grisâtre et enfoncée.

Le cathétérisme montre qu'il n'y a pas de liquide dans la caisse ; l'audition est bonne. Le conduit auditif externe n'est ni rouge ni sensible nulle part.

23 mai. — *Opération* par M. Lermoyez. — Incision au lieu d'élection ; abcès sous-périosté fusant vers la loge temporale. On trouve une perforation spontanée de la corticale qui siège exactement sur le bord du conduit auditif osseux, en haut et en arrière. A la gouge on ouvre une cellule sus-méatique du volume d'un haricot dont les parois sont sains, sauf la superficielle ; pas d'ostéite, pas de fistule. On attaque les

parois de cette cellule en se dirigeant vers l'antre ; après avoir abattu 2 millimètres d'os, on tombe sur la dure-mère saine. La brèche étant prolongée en bas et en avant, on tombe sur le sinus sain. Il est impossible de prolonger la trépanation sans blesser le facial.

Etant donné que l'oreille ne coulait plus, que les parois de la cellule suppurée étaient saines, ainsi que le tissu osseux avoisinant, on se contente de cette exploration et on ferme la plaie, en laissant un drain qui est enlevé quatre jours après.

10 juin. — La plaie rétro-auriculaire était complètement fermée. La pression n'est douloureuse nulle part ; rien dans le conduit auditif externe ; tympan normal. La malade n'a plus de douleur de tête. Elle se considère comme guérie. La malade a été revue tous les jours jusqu'au 1er octobre. La guérison persiste en mai 1903 ; la malade revue depuis est complètement guérie.

OBSERVATION XVII

(Bellin)

L... Honoré, agé de soixante-treize ans, emballeur, entre à l'hôpital en novembre 1901. Ce malade n'avait jamais rien du côté des oreilles.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, il a eu de vives douleurs dans l'oreille gauche, douleurs l'empêchant de dormir, mais ne l'empêchant pas de travailler. Peu de temps après, il constate derrière son oreille une grosseur douloureuse au toucher ; jamais son oreille n'a coulé.

Deux mois auparavant son oreille droite avait coulé pendant quelques jours.

10 décembre 1901. — Le malade a violemment souffert cette nuit. On constate derrière le pavillon une tuméfaction rouge qui s'étend au-dessus du conduit auditif externe ; toute la partie postérieure de la région mastoïdienne et la région temporale sont empâtées.

Le conduit est rétréci par une chute de la paroi supérieure du conduit ; le tympan est normal.

Opération. — Incision rétro et sus-auriculaire en croissant. Les segments sont très épais. Masse de pus sous-périostée. Le temporal est dénudé au niveau de la racine de l'apophyse. Perforation spontanée un peu au-dessus du conduit menant dans un foyer d'ostéite, du volume d'une noisette, qu'on ouvre et curette avec grand soin.

Comme il n'y avait pas de pus dans le conduit, pas de rougeur du tympan, pas de fistule menant de la cavité malade dans l'antre, on arrête l'opération.

La cavité est tamponnée à la gaze stérilisée.

17 décembre. — Malgré l'intervention, le malade souffre de la tête la nuit ; pas de température, pas de vomissements. Rien au fond de l'œil. La plaie a très bon aspect, mais le conduit auditif externe est difficile à explorer, par suite de l'abaissement de la paroi postéro-supérieure.

24 décembre. — Le malade souffre beaucoup pendant la nuit. Une paracentèse du tympan montre qu'il n'y a rien dans la caisse.

26 décembre. — Douleur diffuse dans le côté gauche de la tête La plaie est en bon état et ne donne pas l'explication de la douleur.

27 décembre. — Intervention. L'antre est ouvert ; il s'étend en arrière en cul-de-sac, bourré de fongosités. Le sinus est mis à nu sur une étendue de 2 à 3 centimètres. Il est très blanc, mais dépressible. On ne constate pas d'abcès périsinusal.

28 décembre. — Le malade a bien moins souffert que les nuits précédentes.

30 décembre. — Le malade va bien ; il a cependant encore un peu souffert de la tête.

10 janvier 1902. — Le malade n'a pas de fièvre. Il se plaint toujours un peu de la tête ; en explorant la plaie, on trouve une petite fistule osseuse qui est curettée et touchée au chlorure de zinc.

18 janvier. — Le malade n'a plus de douleur ; le trajet fistuleux n'est pas guéri.

14 février. — L'antre est guéri. La fistule postérieure donne toujours.

18 février. — La fistule donne toujours ; surface osseuse dénudée en arrière.

21 février. — Nouvelle intervention. On constate au niveau de la moitié postérieure de la mastoïde une ostéite de surface assez étendue, mais superficielle. Curettage soigneux.

25 février. — Le malade est en bon état. Il ne souffre pas. Depuis la guérison s'est faite petit à petit.

23 avril. — Il ne persistait qu'une petite fistule menant dans l'antre, où l'on ne rencontre pas de lésion au stylet.

Mai. — La fistule est fermée. Le malade ne souffre plus.

Le malade revu en octobre va toujours bien.

En mai 1903, il est toujours complètement guéri.

OBSERVATION XVIII

(A. Pugnat) (1).

M. C..., quarante-sept ans, garçon de magasin, souffrait de la grippe au commencement de février et éprouva alors dans l'oreille droite de très vives douleurs, calmées aussitôt qu'apparut un écoulement, peu abondant, qui ne dura que trois jours.

A partir de ce moment, l'audition diminua notablement.

Les douleurs recommencèrent bientôt, non plus localisées à l'oreille, mais irradiées à toute la région péri-auriculaire.

Le 25 mars, le malade se présenta à notre consultation se plaignant de surdité de l'oreille droite. On constatait à cette époque : un rétrécissement concentrique de tout le conduit dont les parois étaient fortement hyperémiées et tuméfiées, au point que le tympan n'était pas visible ; le conduit était obstrué en partie de débris épidermiques blanchâtres que ramenaient mal les lavages. Il n'existait aucun gonflement de la région péri-auriculaire.

L'audition était très diminuée et la voix haute n'était perçue qu'à 25 centimètres.

Weber latéralisé à droite.

Rinne négatif à droite.

Schwabach diminuée à droite.

Nous portâmes le diagnostic d'otite moyenne aiguë grippale avec otite externe desquamative.

Au cathétérisme, l'air passait facilement sans bruit de râle ; après quelques insufflations, le malade perçut la voix haute à 1 m. 25.

---

1. Pugnat. *Arch. int. de Laryng.*, 1904., nov.-déc., p. 807.

Le 17 avril, il se produisit subitement une tuméfaction de la région temporale droite qui occupait surtout les parties supra et péri-auriculaires, sans office de limites bien nettes ; cette tuméfaction ne gardait pas l'empreinte du doigt, s'accompagnait de douleurs vagues qui paraissaient être plus vives au-devant du pavillon de l'oreille. La mastoïde, très légèrement sensible à la pression, ne présentait aucun gonflement.

Le conduit rétréci était toujours encombré de débris épidermiques qui se reformaient constamment. Le traitement consista en l'application de compresses chaudes émollientes avec 3 grammes de salicylate de soude à l'intérieur.

En deux jours, le gonflement péri-auriculaire céda complètement et toute douleur disparut.

Sept jours plus tard, survinrent des douleurs intercostales fort vives, en même temps que se reproduisait la tuméfaction, qui augmenta rapidement de volume et s'étendit jusqu'à la mastoïde. Le malade fut perdu de vue et entra le 4 mai à l'hôpital cantonal de Genève (service de Chirurgie). A cette date, la région malade offrait l'aspect suivant : une tuméfaction à limites indécises occupait la région péri-auriculaire droite tout entière, s'étendant jusque sur l'os malaire pour s'arrêter sur le maxillaire inférieur correspondant.

La peau, normale d'aspect, était distendue. La consistance de cette tuméfaction était variable : au-dessus de l'oreille et derrière elle, elle était molle, pâteuse, mais non pas fluctuante. Elle était au contraire nettement fluctuante sur un espace de la grandeur d'une pièce de cinq francs dans la région temporo-malaire. Les douleurs qu'accusait le malade n'avaient pas de siège fixe et occupaient tantôt le front, tantôt le nez et l'os malaire.

Il existait en outre un léger empâtement de la mastoïde dont la sensibilité à la pression était augmentée.

L'opération fut décidée et conduite comme pour une trépanation mastoïdienne. Dès que le périoste fut incisé, il s'écoula un pus verdâtre en quantité minime, en même temps que s'affaissait et se vidait la région fluctuante. On constata alors une petite perforation de la table externe de la mastoïde. Le stylet introduit par cette ouverture pénétrait à une faible profondeur dans la direction de l'oreille moyenne. On plaça une mèche de gaze dans la plaie qui fut suturée immédiatement.

Les jours suivants, il se produisit par l'ouverture cutanée une suppuration assez abondante. Le pus sortait immédiatement le long de la mèche dès qu'on exerçait la moindre pression au devant du conduit auditif ; la région périauriculaire était restée tuméfiée.

Le 6 juin, la suppuration et le gonflement avaient diminué. Les douleurs étaient à peu près nulles. Il persistait cependant un point très sensible sur l'extrémité externe de l'os malaire.

Le 20 juin, le conduit était toujours tuméfié et encombré de détritus épithéliaux que n'enlevait même pas un lavage abondant.

Sept jours plus tard, la fistule était fermée ; mais il persistait encore un gonflement notable limité à la région périauriculaire le long de l'apophyse zygomatique et se terminant à l'angle externe de l'œil.

Le 3 juillet, tout était rentré dans l'ordre et le malade pouvait être considéré comme guéri.

L'examen bactériologique de pus avait relevé la présence de streptocoques.

OBSERVATION XIX

(Chavasse et Toubert) (1). — Observation XXXVIII du Mémoire).

Périostite temporale et mastoïdienne

C..., soldat au 24e régiment d'Infanterie. Scarlatine puis rougeole en janvier et mars 1898.

Otite moyenne enfin suppurée à gauche le 29 mars. En mai, au cours de sa convalescence, tuméfaction mastoïdienne traitée par les cataplasmes.

Entré au Val-de-Grâce, le 9 mai 1898. Gonflement notable de la région mastoïdienne et temporale avec fluctuation profonde. Conduit auditif rétréci par tuméfaction de ses parois. Pavillon déjeté en avant et soulevé par la tuméfaction. Douleurs assez vives ; apyrexie.

Opération d'urgence le même jour, après anesthésie à la cocaïne. Incision dans le sillon ; évacuation d'une assez grande quantité de pus grumeleux et épais, collecté sous le périoste. L'os a un aspect tout à fait normal. Pas de trépanation mastoïdienne. Guérison complète le 6 juin avec persistance d'une petite perforation sèche du tympan.

OBSERVATION XX

(Chevasse et Toubert) (2). — Observation XLV du Mémoire.)

B..., vingt-six ans, soldat au 46e régiment d'Infanterie.

1. Chavasse et Toubert. *Archives Int. de Laryng.*, mai-juin 1905, p. 717.

2. Chavasse et Toubert. *Arch. int. de Laryng.*, juillet-août 1905, p. 88.

Rougeole et grippe récentes. Otite moyenne, angine suppurée à gauche depuis huit jours.

Entré au Val-de-Grâce le 24 février 1903. Voix chuchotée entendue à gauche à 0 m. 50. Weber latéralisé à gauche. Rinne négatif. Tympan couvert de pus. Œdème étendu aux régions mastoïdienne, temporale et parotidienne : douleur vive à la pointe de l'apophyse, fluctuation profonde à la région temporale ; fièvre 38 degrés.

Le 26 février, trépanation sous chloroforme. Dès l'incision du périoste, le pus apparaît, venant de la région temporale qui est infiltrée en totalité ; antrotomie classique : difficulté à cause de la dureté de l'os ; on ne trouve de pus ni dans l'antre ni autour de lui. Curettage. Pansement ordinaire.

En quarante-huit heures, la température descend au-dessous de 37 degrés. La douleur cesse et le sommeil revient. Le 28, l'œdème facial a diminué ; cicatrisation lente de la plaie opératoire.

Le 14 avril, issue de deux séquestres lamellaires ; le 3 juin, élimination d'un autre séquestre ; le 15 juin, guérison totale. Exeat le 16 juin.

OBSERVATION XXI

(Chavasse et Toubert (1). — Observation LVII du Mémoire.)

P..., vingt-trois ans, soldat au 89e régiment d'Infanterie. Otite moyenne aiguë suppurée à gauche depuis le 15 avril 1901.

Entré au Val-de-Grâce le 8 mai 1901. Montre non perçue ;

1. Chavasse et Toubert. *Arch. int. de Laryng.*, juillet août, 1905, p. 93.

voix ordinaire entendue à deux mètres. Rinne négatif et Wéber latéralisé à gauche. Perforation antérieure de la membrane du tympan ; en outre, en avant de la membrane de Schrapnell, saillie acuminée due à une infection d'une glande du conduit. Enfin, gonflement mastoïdien un peu au-dessus de la base de l'apophyse.

Le 14 mai, incision de l'abcès glandulaire du conduit.

Le 15, la tuméfaction périauriculaire a progressé vers la mastoïde et vers la région temporale.

Le 16, l'œdème ayant gagné la paupière et la fièvre passant de 38 degrés à 39 degrés, on incise au-dessus et en arrière du pavillon, en un point fluctuant ; évacuation de deux cuillerées à café de pus. Apyrexie le lendemain.

Le 25 mai, on constate que l'eau oxygénée versée dans le conduit pour le pansement de l'otite sort en bouillonnant par l'orifice d'incision sus-auriculaire. La communication se fait à travers l'os temporal. Le 24 mai, curettage de ce foyer d'ostéite creusé à la base de l'écaille temporale et qui communiquait avec la caisse très certainement par l'intermédiaire des cellules de la paroi supérieure du conduit auditif.

Le 1er juillet, guérison. Exeat le 13 juillet.

OBSERVATION XXII

(Breindegee) (1)

Jeune garçon de seize ans. Grippe depuis quinze jours ; depuis huit jours, otalgie double, suivie d'une double otorrhée ; symptômes de mastoïdite. Opération le 27 décembre 1901.

1. *Arch. of. Otol.*, octobre 1905.

A droite, il existait une perforation mastoïdienne au niveau de l'antre.

Après trépanation, il y a une vaste excavation remplie de pus fétide et de fugosités. Le sommet de la mastoïde fut enlevé à la pince gouge. En arrière, mise à nu du sinus, ainsi que de la dure-mère sus-antrale.

En curettant l'aditus *ad antrum*, on pénètre en haut dans les cellules zygomatiques profondes. On désinsère le temporal et on curette à fond ces cellules.

A gauche, même intervention ; sinus et dure-mère furent mis à nu. Les cellules zygomatiques durent aussi être curettées. Pansement avec gaze iodoformée. Malgré une double pneumonie, guérison rapide.

OBSERVATION XXIII

(H. Knapp)

Knapp (1) présente un malade qui, au cours d'une otite moyenne purulente, a fait un large abcès sous-périosté de la tempe. La mastoïde paraissait absolument intacte ; l'abcès a été largement ouvert en avant de l'oreille. Peu de temps après, la région mastoïdienne étant devenue sensible, rouge et gonflée, il a pratiqué la trépanation et a trouvé l'antre élargi et plein de pus. Cet homme, presque guéri, sortira sous peu.

---

1. H. Knapp. Société otol. de New-York, 22 mai 1906. C. R. *in Arch. intern. de laryng.*, 1907, t. I, p. 585.

OBSERVATION XXIV

(Duel) (1)

Duel (1) dit avoir observé un abcès sous-périosté de la tempe, en 1906, sur un enfant dont le tympan ne s'était pas ouvert.

OBSERVATIONS XXV et XXVI

(Calamida) (2)

Calamida sur 400 interventions mastoïdiennes à la clinique du professeur Gradenigo a noté deux fois l'existence de lésions dans les cellules de l'écaille épitympanique ou supra-méatique (0,50 o/o).

La première observation concerne un enfant de six ans ; mais dans ce cas, la lésion n'était pas limitée à la région tympanique, mais s'était propagée à toutes les cellules mastoïdiennes et avait pris le caractère d'une mastoïde ordinaire.

La deuxième observation était celle d'une dame de cinquante-six ans, laquelle, à l'examen objectif, présentait au-dessus de l'insertion du pavillon une petite surface fluctuante.

A l'opération, les cellules propres de la mastoïde étaient intactes, tandis que le foyer de suppuration était tout à fait limité à la région épitympanique où il existait une cellule isolée de la grandeur d'un pois et ayant une profondeur de 1 centimètre environ ; elle était entourée d'os compact.

---

1. Duel. Société otologique de New-York, 22 mai 1906. C. R. *in Arch. intern. de laryng.*, 1907, t. I, p. 385.

2. Calamida. *Arch. int. de laryng.*, 1907, p. 457.

Cette observation est un exemple de ces formes rares d'épi-tympanites avec empyème des cellules de la paroi externe ou écailleuses sur lesquels Gavello a appelé l'attention en 1900.

OBSERVATION XXVII (personnelle).

Mastoïdite aiguë. — Suppuration des cellules sus-méatiques. — Abcès de la fosse temporale.

F... Narcisse, âgé de cinquante-six ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine le 30 mai 1907, parce qu'il souffre de douleurs temporales et pré-auriculaires avec gonflement de cette région.

Rien à noter d'intéressant dans ses antécédents personnels ; aucun accident auriculaire antérieur.

Le début des accidents remonte à deux mois environ, à la fin de mars 1907. A oette époque, sans cause apparente, le malade ressentit des douleurs intra-auriculaires qui persistèrent pendant quinze jours et cela sans aucun écoulement.

Au milieu du mois d'avril, comme ces douleurs intra-auriculaires persistaient, il va à la consultation otologique de la clinique de l'Hôtel-Dieu. Là, on lui fit une paracentèse. A la suite de cette intervention les douleurs s'améliorèrent et un écoulement auriculaire survint. Mais au bout de quarante-huit heures, cet écoulement disparut et les douleurs revinrent.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un mois et demi, les douleurs ont toujours persisté et cela sans écoulement. Le malade, pendant tout ce temps, se contenta de mettre « des gouttes » dans son oreille et ne consulta plus aucun spécialiste.

Bientôt survinrent des douleurs rétro-auriculaires. Leur début remonte à six semaines environ.

Plus tard, il y a trois semaines, se manifestèrent des douleurs temporales et pré-auriculaires. Leur maximum siège à la partie antérieure de la fosse temporale, au-dessus de l'arcade zygomatique. Puis, peu à peu, lentement, cette région devient tendue et tuméfiée.

Depuis trois semaines tous ces symptômes se sont accrus lentement et sans à-coup. Les douleurs notamment ont augmenté, empêchant maintenant tout repos au malade et l'ont décidé à venir à l'hôpital Saint-Antoine.

Examen du malade le 30 mai. — Le malade n'a pu dormir, car il ressent des douleurs violentes et continues dans toute la moitié droite de la tête. Le soir, la température était de 38°6 ; le matin, elle atteint 38°3. Pas de vomissements, pas de vertiges, pas de raideur de la nuque, pas de troubles oculaires.

Examen de l'oreille droite. — Le conduit auditif ne renferme aucune trace de sécrétion. Il n'y a pas d'écoulement ; le Valsava ne passe pas, il n'y a donc pas de perforation tympanale. La lumière du conduit auditif externe est rétrécie, dans sa partie osseuse et dans sa moitié supérieure, par une chute accentuée de cette paroi supérieure. La lumière du conduit revêt ainsi l'aspect d'un croissant à concavité supérieure.

Cette chute de la paroi supérieure masque toute la moitié supérieure du tympan. On aperçoit seulement sa partie inférieure qui est rouge vif et non perforée.

Si on compare la région mastoïdienne droite avec celle du côté sain, on constate que la région malade est un peu augmentée de volume. Mais il s'agit d'une augmentation minime qui

ne s'accompagne ni d'effacement du sillon rétro-auriculaire, ni d'écartement du pavillon.

Cette légère augmentation de volume est due à l'épaississement du tissu cellulaire sous-cutané, comme le montre la palpation. Les téguments de ce côté sont en effet épaissis et œdématiés.

La pression ne fait sourdre aucune douleur au niveau de l'antre. Au contraire, la partie moyenne et la pointe de la mastoïde sont sensibles. Le maximum de sensibilité se présente le long du bord postérieur de la mastoïde. A ce niveau il y a de l'empâtement des téguments, qui sont un peu rouges.

L'examen de la partie antérieure de la fosse temporale montre la disparition du méplat de cette région. A ce niveau on note à la vue un bombement indécis et non limité dont le maximum siège au-dessus de l'arcade zygomatique. Aucune rougeur de la peau. Pas d'œdème du tissu cellulaire sous-jacent ; aucune extension, vers le front et les paupières.

La palpation donne une sensation de résistance, de tension, mais ne révèle aucune fluctuation. Elle est fort douloureuse. Cette douleur s'étend sur toute la partie antérieure de la fosse temporale droite surtout le long de l'arcade zygomatique, et se retrouve à la pression profonde, immédiatement au-dessus du conduit auditif externe.

Examen de l'audition :

Schwabach : normal ;

Weber : localisé à droite ;

Rinne : négatif ;

Montre est perçue.

Pas de paralysie faciale. Aucun symptôme du côté du cou :

rien à la palpation le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; liberté des mouvements de la tête sur le cou.

Examen de l'oreille gauche. —Tympan épaissi. Aucune autre altération. Audition normale.

Rhinite hypertrophique, catarrhe naso-pharyngien.

Aucun trouble des organes viscéraux. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Opération, le 1er juin 1907 (M. Hautant, assistant du service). L'ouverture de la mastoïde montre un os extrêmement pneumatique. Sous la corticale peu épaisse on tombe de suite sur des cellules petites et fort nombreuses qui conduisent rapidement à l'antre. Quelques fongosités dans l'antre, peu de lésions.

Toutes les cellules de la pointe sont atteintes par les fongosités ou contiennent des gouttes de pus. La pointe est libérée à la rugine de ses insertions du sterno–cléido-mastoïdien et doit être réséqué jusqu'au niveau du plan du digastrique.

Le long du bord postérieur de la mastoïde, le stylet fait sourdre du pus. Une incision horizontale vers l'occiput permet d'ouvrir et de réséquer de larges cellules péri-sinusales remplies de pus. Le sinus latéral est ainsi mis à nu, sur une petite longueur.

Pas d'altération de sa paroi. Couleur normale. Battements conservés.

On revient à l'antre, et on agrandit l'aditus à l'aide d'une petite curette fine. Au-dessus de l'aditus, et sur un plan plus superficiel, correspondant par conséquent à la voûte du conduit auditif osseux plutôt qu'au toit de la caisse, on trouve au stylet des cellules pleines de pus. On curette cette région, et on tombe ainsi dans la fosse temporale sous le muscle temporal. A ce moment une cuillerée à café de pus fait irruption par

le canal ainsi creusé, et tombe dans l'antre. En pressant sur la partie antérieure de la région temporale, on facilite l'expulsion de ce pus épais, bien lié, jaune et sans odeur.

On agrandit le canal sus-méatique, un peu au dépens du mur de la logette, dont une partie est réséquée, mais surtout aux dépens de la voûte du conduit auditif osseux, afin de respecter la caisse avec les osselets et de ne pas porter ainsi atteinte à l'audition.

Le canal est agrandi assez largement pour pouvoir passer une curette de Volkmann. Arrivé dans la fosse temporale, cette région est curettée, en ayant soin de diriger le tranchant de la curette vers le muscle temporal, et de ne pas gratter le périoste.

Un drain est placé dans cette région et aboutit au-dessus et en dehors de l'aditus, dans l'antre. Pas de contre-ouverture temporale.

Suites opératoires. — Chute de la température. Le cinquième jour le pansement est levé. Pas de suppuration. En pressant sur la fosse temporale, rien ne sort par le drain. Le septième jour suppression du drain. Actuellement (20 juin), la plaie est à peu près complètement cicatrisée et le malade pourra quitter l'hôpital dans quelques jours.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès de la fosse temporale, consécutifs à une inflammation de l'oreille moyenne, sont toujours sous-périostés. Ils reconnaissent pour cause immédiate, soit, mais très rarement, une périostite primitive de l'écaille du temporal, soit et dans la très grande majorité des cas une suppuration des cellules du toit de la caisse.

II. — Au début, on observe seulement un abaissement de la paroi supérieure du conduit et une légère tuméfaction temporale sus-auriculaire ; la tuméfaction ne se généralise à toute la fosse temporale que tardivement. L'abcès se caractérise alors fonctionnellement par du trismus, physiquement par un soulèvement en masse de la région qui est tendue, douloureuse à la pression, mais rarement fluctuante à la palpation.

Tous ces phénomènes s'accompagnent généralement d'une réaction mastoïdienne légère. Mais parfois la mastoïde reste absolument intacte et les phénomènes temporaux existent seuls ; parfois au contraire les phénomènes mastoïdiens dominent la symptomatologie.

III. — L'inflammation temporale peut régresser à ses différents stades, elle n'arrive que rarement à la formation d'un abcès temporal typique. Cet

abcès peut donner lieu à toutes les complications des abcès de la région.

IV. — Au début le diagnostic hésite surtout entre la périostite temporale et la furonculose du conduit. Plus tard, lorsque l'abcès temporal est complètement formé, la difficulté consiste à remonter à la cause de cet abcès. Il faut distinguer les inflammations secondaires de la fosse temporale à la suite d'abcès de la fosse pterygo-maxillaire, d'abcès du cuir chevelu, de thrombo-phlébite du sinus caverneux et les suppurations primitives de cette fosse temporale qui elles-mêmes peuvent évoluer à la suite des affections les plus diverses.

Au cas d'abcès temporal, et d'otite moyenne concomitants, il faudra encore différencier, l'abcès temporal secondaire à un empyème des cellules susméatiques et l'abcès par ostéomyélite.

V. — Dans les cas bénins, et au début, une incision des téguments soit dans la région temporale, soit sur la paroi supérieure du conduit, peut amener la guérison. Mais l'on peut avoir ainsi de graves mécomptes. Et la trépanation, est, au moins dans les cas un peu sérieux, le seul traitement logique.

Vu : le Président de la thèse,
SEGOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Barbeury. — Les complications graves des otites moyennes chroniques. Th. de Paris, 1902.

Bellin. — Etude sur l'anatomie des cellules mastoïdiennes et leurs suppurations. Ann. des Mal. de l'Oreille, 1903, t. XXX, p. 329.

Brandeger. — Report of a case of double mastoïdites with extensive involvemen of the zygomata cells Arch. of Otol., octobre 1905. Analyse in Revue hebd., 1906, t. I, p. 768.

Burnett. — Empyème post-scarlatineux de cellules squamo-mastoïdiennes antéro-supérieures. The American Journ. of med. Sciences, mars 1902. Analyse in Revue hebd. de Laryng., 1902, t. II, p. 199.

Calamida. — Variétés et anomalies mastoïdiennes. Constatations opératoires. Arch. intern. de Laryng., 1907, t. I, p. 457.

Castenada. — Cellulite de l'écaille du temporal. XIVe Congrès International de Médecine et de Chirurgie de Madrid. Sect. d'Otol. Séance du 28 avril 1903. Analyse in Revue hebd. de Laryng., 1903, t. II, p. 50.

Chavasse et Toubert. — Complications temporales et endocraniennes d'origine otitique observées à la Clinique

otologique du Val-de-Grâce de 1898 à 1904. Arch. Intern. de Laryng., 1905, mai-juin-juillet 1895-96.

Cholewa. — Deutsch. med. Wochensch., n° 49, 1888.

Cleland. — Etude sur le développement de l'apophyse mastoïde et de l'os tympanal. Soc. d'Otol. britannique, 7 mars 1904.

Courtade. — Des paramastoïdes. J. de Méd. de Paris, 1902, 3e série, XIV, 143.

Duel. — Abcès sous-périost. de la tempe. Soc. otologique de New-York, 22 mai 1906. Analyse in Arch. intern. de Laryng., 1907, t. I, p. 585.

Dunn. — Subperiostal abcess over the mastoïd fossa, when the bone was not involved and the antrum contained no pus. Virginia M. semi Monthly, Richmond, 1901-1903, IX, 272.

Duplay. — De la périostite du temporal compliquant l'otite purulente. Arch. gén. de Méd., 1875, t. I, p. 513.

Gandier. — Mastoïdite suppurée à évolution anormale. Echo méd. du Nord, juin 1901. Analyse in Revue hebd. et Laryng., 1901, t. II, p. 446.

Gavello. — Sopra una vra poco notd di diffusione dell' infezione enditimpanica all' esterno. Arch. ital. otol., vol. X, 1900, p. 57.

Goureau. — De l'ostéo-périostite mastoïdienne. Actual. méd. Paris, 1897, IX, 50-52 et Revue odont. Paris, 1897, XVI, 344-351.

Knapp. — Abcès sous-périosté de la tempe. Société otologique de New-York, 22 mai 1906. Analyse in Arch. intern. de laryng., 1907, t. I, p. 585.

Laffite-Dupont. — Cellules pneumatiques du temporal.

XVIe Congrès international d'otologie. Budlay, 4 avril 1904. Analyse in Annales des maladies de l'oreille, 1904, t. II, p. 529.

Lenoir (O.). — Revue générale de Chirurgie.

Luc. — Diagnostic et traitement de l'abcès mastoïdien sous-périosté non accompagné d'abcès intra-mastoïdien. Congrès intern. de méd. C. R. Paris, 1900, section d'otol. 291-297, et in Ann. mal. oreille, 1900, t. XXVI, p. 373.

Luc. — La périostite temporale d'origine auriculaire sans suppuration intra-mastoïdienne. Presse méd., p. 637, 8 mai 1901.

Luc. — Nouvelle contribution à l'étude de la périostite temporale d'origine intra-auriculaire sans suppuration intra-osseuse. Revue hebd. de Laryng., 8 juin 1901, p. 657.

Mignon. — Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement. Paris, 1898.

Mouret. — Nouvelles recherches sur les cellules pétreuses du temporal. Revue hebd. de laryng., 1904, n° 52.

Pécharmant. — De la périostite temporale dite primitive. Thèse Paris, 1905.

Politzer. — Dissection anatomique de l'organe auditif de l'homme.

Pouilllaude. — Phlegmons profonds de la région temporale. Thèse Paris, 1884.

Pugnat. — Un cas mixte de périostite de la fosse temporale et d'abcès sous-périostite mastoïdien. Arch. intern. de laryng., n° 6, nov.-déc., 1904, p. 807.

Raoult. — Phlegmons de la fosse temporale externe d'origine otique. Revue hebd. de laryng., 1902, t. II, p. 520.

Signard. — Contribution à l'étude des thrombo-phlébites du sinus caverneux d'origine otitique. Thèse de Paris, 1904.

Torchaussé. — Contribution à l'étude du segment tympané, aditus et antu. Thèse de Paris, 1904. (Cette thèse contient une bibliographie complète).

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris.

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE